الجامعة الإسلامية – غزة

عمادة الدراسـات العليا

كليــــــة التـربيــة

قسـم علــم النفـــس



الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري

إعــداد الباحث

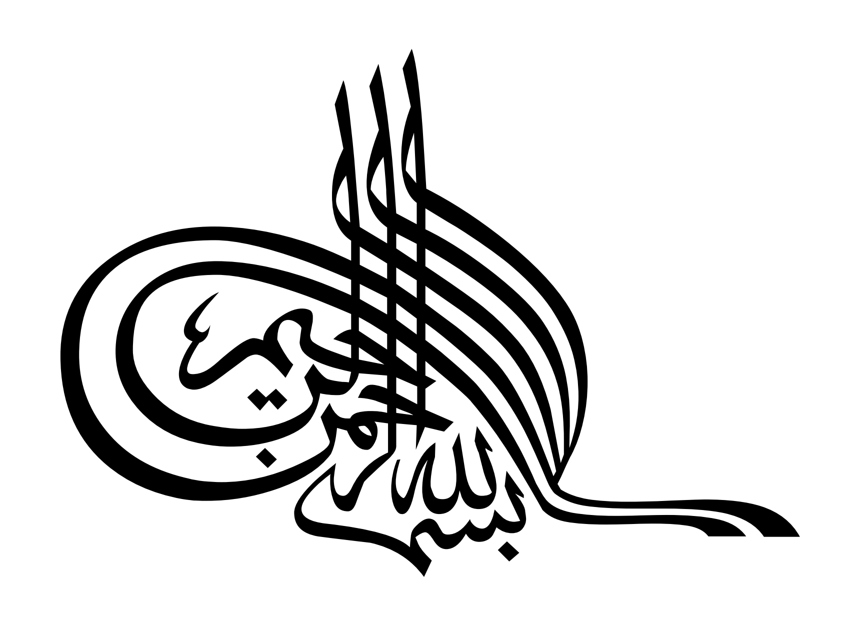
علاء جمال الربعي

إشراف

أ.د. سمير رمضان قوتة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس من كلية التربية بالجامعة الإسلامية – غزة

٢٠١١



{رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ} (سورة النمل، آية:19)

الإهـــــــداء

إلى تلك الجوهرة الغالية.. والوردة اليانعةالتي تأبى أن تتفتح و تزهر إلا بدماء الأبطال وأعمار الرجال..

إلى فلسطين

إلى رجال عرفوا معنى الحياة.. فتقدموا في ميادين البطولة.. وسطروا للدنيا بطولات عز وفخار.. ستبقى الأيام تزهو وتضيء صفحاتها بها..

إلى القلب الدافئ و النور الذي لا يزال يتراءى لي في كل طريق..والحب الإلهي الذي تزيده الأيام عمقا وأثرا..إلى والدي ووالدتي الحبيبين..

إلى باقة الأمل والسعادة و القوة.. ووقود الطريق الذي أسلك..شريكتي في حلو الأيام ومرها..

إلى زوجتي الكريمة..

إلى الزهرة الصغيرة.. و البسمة البريئة.والمستقبل الذي أستشرفه مشرقا حلوا..إلى طفلي الصغير.. مؤمن

إلى كل من قدم لي حرفا..أو قاسمني في وقته أو من جهده..إلى كل من كان له فضل علي من البشر..

أهدي بحثي المتواضع هذا..

الشكر والعرفان

أحمد الله عز وجل كما يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه، واشكره علي نعمه التي لا تعد ولا تحصى، وارفع إليه اسمي آيات الحمد والثناء حتى يرضي واسجد حمداً وشكراً أن من عليّ بنعمة الصحة والتوفيق إلي طريق العلم والمعرفة، والصلاة والسلام علي سيدنا محمد نبي هذه الأمة وقدوة الأولين والآخرين وعلي اله وصحبه وسلم أجمعين.

وبعد شكر الله عز وجل وحمده، يسعدني أن أتقدم في هذا المقام بجزيل الشكر والعرفان إلي أستاذي ومعلمي ومشرفي علي الرسالة الأستاذ الدكتور/ سمير رمضان قوتة الذي تعهدني برعايته العلمية بحسن تعامله وكرم أخلاقه وسعة صدره بتوجيهاته السديدة فلقد أعطي الكثير من وقته ، وبذل كل ما في وسعة لتذليل المصاعب وتخطي العقبات التي واجهتني ، وقد كان لكل ما قدمه ابلغ الأثر في هذه الدراسة ، ومهما قلت وعبرت عما في نفسي من امتنان فلن أوفيه حقه من التقدير.

وبقلم يقر بالعرفان أتقدم بالشكر الخالص والامتنان العميق للدكتور/ أنور عبد العزيز العبادسة.

كما وأتقدم بشكري وتقديري لأعضاء لجنة المناقشة الدكتور الفاضل / درداح حسن الشاعر، والدكتورة الفاضلة / ختام إسماعيل السحّار لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة وتقييمهما وإبداء توجيهاتهما رغم مشاغلهما العملية والعلمية.

كما وأخص بالشكر الأخ المرشد النفسي بجمعية أطفالنا للصم الأستاذ/ بسام كرّاز والذى قام بمساعدتي بتطبيق الاستبيانات على الطلاب عينة البحث بتعاون واهتمام رائعين، والأستاذة الفاضلة/ آية خالد المشهراوي التي تكرمت بترجمة ملخص البحث إلي اللغة الانجليزية.

الشكر أيضا لكل الزملاء والأصدقاء الذين ساندوا الباحث وأخص بالذكر منهم: محمد عودة، ومحمد رزق اليازجي، ورائد أبوهويشل، وجميع زملاء الدفعة، وكل من كان له دور في مساندة الباحث ودعمه.

وأخيرا أختم شكري وتقديري بتقديم باقة شكر خاصة لزوجتي التي لم تدخر جهداً في مساعدتي لإنجاز هذا البحث، فجعلها الله ذخراً وعوناً لي.

الباحث

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة للتعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، والتعرف على الفروق الجوهرية بين كل من الجنس، والعمر، ودرجة الإعاقة، وترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأفراد الصم داخل الأسرة في متغيرات الدراسة: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري.

وتكونت عينة الدراسة من (١٩٧) طفل بين (٧-١٤) من طلبة جمعية أطفالنا للصم .

واستخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

واستخدم الباحث (مقياس التحديات والصعوبات) ، إعداد (جودمان) ترجمة سمير قوته، واستبانه التوافق الأسري إعداد الباحث.

وأظهرت نتائج الدراسة حصول الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية على وزن نسبي (٤٧.٠٧%)، بينما أحتل الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٩.٥٤%)، في حين حصل ميزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩%)، وحصل ميزان الأعراض العاطفية على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٤٠.٩٦%)، في حين حصل مقياس مشاكل الأصحاب على المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٤٠.٦٦%)، وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (٣٤.٩٧%)

وقد أظهرت نتائج الدراسة حصول مقياس التوافق الأسري لدى الأطفال الصم على وزن نسبي (٦٩.٣١%).

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)بين الاضطر ابات السلوكية الانفعالية والتوافق الأسري.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس ، والعمر، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة، وترتيب الطفل الأصم داخل الأسرة على مقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

وأظهرت نتائج الدراسة كذلك عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في ميزان مقياس مشاكل الأصحاب لمتغير درجة الإعاقة.

وأسفرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٥) تعزى لمتغير درجة الإعاقة في الميزان الاجتماعي ولقد كانت الفروق لصالح درجة الإعاقة الخفيفة، ولصالح در جة الإعاقة العميقة في ميزان الحركة الزائدة، وميزان الأعراض العاطفية (القلق والاكتئاب)، وميزان المشاكل السلوكية(العدوان)، وميزان مشاكل الأصحاب.

محتويات الدراسة

قائمة الجداول

١٩-	صدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحريةومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	١٥٣
٢٠-	اختبار شيفيه في الميزان الاجتماعي تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	١٥٤
٢١-	اختبار شيفيه في ميزان زيادة الحركة تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	١٥٥
٢٢-	اختبار شيفيه في ميزان الأعراض العاطفية تعزى لمتغير درجةالإعاقة.	١٥٥
٢٤-	اختبار شيفيه في ميزان المشاكل السلوكية تعزى لمتغير درجة الإعاقة	١٥٦
٢٤-	اختبار شيفيه في الدرجة الكلية للمقياس تعزى لمتغير درجة الإعاقة.	١٥٧
٢٥-	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة.	١٥٨
٢٦-	مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحريةومتوسط المربعات وقيمة "ف"ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد الأطفال الصم داخل الأسرة	١٦٠

قائمة الملاحق

الفصل الأول

خطة الدراسة

ومشكلة الدراسة

وأهدافها وأهميتها وفرضياتها

مقدمة:

إن الطفولة محور الحياة الإنسانية في هذا الكون العظيم، ومرحلة هامة من مراحل الحياة بل هي أغلى مراحل الحياة ببراءتها وانطلاقتها وعالمها الجميل وأحلامها الوردية.

و تعد مرحلة الطفولة مرحلة أساسية يجب على الآباء الاهتمام بها لأنها القنطرة التي من خلالها ينتقل الطفل من الاعتماد على الآخرين إلى الاعتماد على نفسه، ولأن انعكاساتها قد تكون خطيرة على الطفل و على تطوره. (حنفي، ٢٠٠١ :٣٢)

و في هذه المرحلة قد يظهر عند الأطفال بعض السلوكيات غير المرغوبة و التي قد تعرضهم لسوء التوافق مع الآخرين. نظراً لأنهم لا يستطيعون معرفة السلوكيات المرغوبة و غير المرغوبة كما أنهم لا يستطيعون معرفة أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تؤدي إلى تصرفاتهم غير السوية فهذه المشاعر السلبية هي إشارة لوجود الاضطرابات السلوكية و الانفعالية عند الأطفال.(بهادر،١٩٨٣: ٨٥)

ومن الجدير ذكره أن التكوين النفسي للطفل يرتبط بالتكوين الفسيولوجي وسلامة الجسم فالأطفال الأسوياء بدنيا ونفسيا أقل عرضة للوقوع في اضطرابات سلوكية ، ونجد أن الأطفال المضطربين سلوكيا و انفعاليا مثلا تظهر اضطراباتهم في عدم قدرتهم على ضبط دوافعهم وغرائزهم وعدم استقرارهم انفعاليا فتأتي سلوكياتهم مغايرة للمواقف التي يمرون بها ؛و الاضطرابات لا توجد كلها لدى حالة واحدة بل إنها تخف حدتها في الدرجات البسيطة من هذه الاضطرابات. (عبد الحميد، يونس:١٩٩١:٣٦)

لقد أثبتت الدراسات النفسية أن الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة يعانون من مشكلات اجتماعية و تعليمية بالإضافة للمشكلات النفسية كالرغبة في الانعزال و القلق و الخوف ومشاعر الإحباط أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال النزعة العدوانية والانفعال والغضب و ترجع أهمية التعرف على اضطرابات الطفل المعوق في أن يصبح مواطنا قادرا على رعاية شئونه و الإسهام في العملية الإنتاجية للمجتمع في حدود إمكانياته الجسدية و العقلية. (حمزة ،١٩٩٥:١٢٢)

و يرى البعض أن الإعاقة تؤدي إلى أن ينعزل الطفل عن الأفراد فينسحب إلى قوقعة سيكولوجية فيصبح متباعدا غير متجاوب بالمحيطين به و في الحالات الزائدة قد يحدث للطفل الامتناع عن الكلام أو النكوص كأن يمص إبهامه أو يستسلم لنوبات الغضب. كما أن رفض الآباء لأطفالهم المعوقين وحرمانهم من الرعاية يؤدي إلى الشعور باليأس الانفعالي والاكتئاب الأمر الذي من شأنه قد يمثل مفتاحا للتنبؤ باضطرابات سلوكية وانفعالية. (القمش ، ٢٠٠٦:١٨٥)

وقد يأتي هذا في وقت تكون الأسرة فيه عاجزة عن تفسير هذا السلوك المضطرب، مما يوقعها تحت طائلة الحرج من المجتمع المحيط الأمر الذي ينعكس على طفلها وبالتالي قد يؤثر على توافقه مع الأسرة والمجتمع ويولد لديه شعوراً بعدم الرضي عن إعاقته من جهة، وعن ما بدا لديه من اضطرابات سلوكية و انفعالية والناجمة عن التفاعل اللاسوي مع العوامل والمتغيرات المحيطة به من جهة أخرى. (محمد، ١٩٩٠:١٤٦)

ومن هنا جاءت أهمية الأسرة وتوافقها في تنشئة الطفل الأصم وتحسين اتجاه الآخرين نحوه ، وخاصة اتجاه الأدوار التي يمكن أن يمارسها كل من الآباء والأمهات لإعداد أبنائهم الصم للحياة، بحيث لا يكون هناك حواجز بين الطفل الأصم والأسرة التي يعيش فيها، وهذا بطبيعة الحال يتطلب من الآباء والأمهاتإيجاد جو من التوافق داخل الأسرة و الاتصال الدائم مع مراكز إعداد الصم لتفهم كيفية التعامل مع أطفالهم وكيفية التفاهم والاتصال معهم حتى لا يلجأ الطفل إلى انتهاج نمط سلوكي عدائي مثل الصراخ أو كسر بعض أواني المنزل أو ضرب أخيه.... الخ،عتويضً ا عن عدم فهم الآخرين له أو عدم فهمه للآخرين، الأمر الذي يولد لدى الآباء والأمهات اتجاهات سلبية نحو سلوك أبنائهم الصم، مما يزيد من تفاقم المشكلة وزيادة حدته. (عفانة ، وكباجة ،١٩٩٧:٥)

ويعد المعاقون سمعياً من أكثر فئات الإعاقة تأثراً بالمجتمع المحيط بهم؛ نظراً لاتصالهم المبتور به ، ومع الإشارة على أن هناك من بين المعاقين من كانت إعاقته حافزاً للتوافق مع ذاته والعطاءلمجتمعه، فإن من بينهم من شُرخت هذه الصورة لديه لتضاؤل قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته بسبب الإعاقة ؛ لأنه بحاجة إلى تكوين صورة لبيئة فوجئ بأنها ترفضه وتتعامل معه بحساسية، وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه العاديين، والطفل الأصم قد يكون عاجزاً أحياناً عن فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا

فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه بخبرات سلبية من المحيطين به، مما يولد لديه بعض سلوكيات و مشاعر قد تتسم باللاسواء. (وافي ،٢٠٠٦: ٥)

ولكون الصم أكثر المعاقين إحساساً بالعزلة نتيجة لما لهم من خصوصية في طبيعة التواصل المبتور بينهم وبين المجتمع، وما يتسم به من قصور ومحدودية؛ في ضوء ما تفرضه هذه الإعاقة على أصحابها من محدودية القدرات الاتصالية، إضافة إلى ما يعانيه المعاقين من عدم الرضى عن واقعهم الشخصي، أو أساليب التعامل معهم، ولندرة الدراسات التي تهتم بالجوانب النفسية والسلوكية والانفعالية لهم وعلاقة كل هذه الجوانب مع بعضها البعض فقد ارتأى الباحث أن تتناول دراسته أكثر من مجال، والربط بين جملة من الموضوعات والميادين الإنسانية، وذلك من خلال التعرف على بعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم، وماهية العلاقة بينهما وبين التوافق الأسرى.

مشكلة الدراسة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم من المعيقات التي يجب العمل على مواجهتها، والحد منها قدر الإمكان، الأمر الذي يبرر إجراء مثل هذه الدراسات العلمية للتعرف على مثل هذه الاضطرابات، حيث تسعى هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بالتوافق الأسري. وبالتالي تتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ما العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسري لدى الأطفال الصم ؟

و ينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

١- ما مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟

٢- ما مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟

٣- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الاضطرابات السلوكيةو الانفعالية ومستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى) ؟

٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير العمر؟

٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير درجة الإعاقة ؟
٧- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة ؟
٨- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في الاضطرابات السلوكية و الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير عدد الأطفال الصم داخل الأسرة ؟

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحالية في العديد من المجالات التي يمكن توضيحها على النحو التالي:

أولاً) إن دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال الصم من الدراسات القليلة عالمياً في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة ، ويمكن القول بأن الدراسة الحالية قد تكون هي الأولى من نوعها في فلسطين (على حد علم الباحث) .

ثانيا) قد تساهم هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الدارسين والباحثين لتناول موضوعها وتغذيته تربوياً بطرق وأساليب علمية مختلفة ومن جوانب متعددة.

ثالثاً) قد تتيح هذه الدراسة الفرصة للطلاب في ميدان العلوم الإنسانية للبحث في كافة الجوانب الشخصية والاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة، كما أنها قد تشجع هؤلاء الطلاب " ذوى الاحتياجات الخاصة " وذويهم في البحث عن طرق وأساليب جديدة في التكيف مع الحياة .

رابعاً) قد تساعد نتائج هذه الدراسة كلا من المشرفين والمدرسين و العاملين في مجال علم النفس والتربية الخاصة في وضع برامج وآليات للتغلب على الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم إما بعلاجها أو التقليل من آثارها السلبية وتحديد أفضل الخدمات المقدمة والتي تساعد على إبراز السمات الشخصية المطلوبة للطفل الأصم وذلك للعمل على تكيف هذه الشريحة مع المجتمع .

خامساً) قد تعمل هذه الدراسة التوجه لدعم هذه الفئة لتكون عاملا اجتماعيا صالحا في البناء والتطوير لا مدعاة للشفقة والإحسان أو فريسة للنبذ والإهمال أو ضحية للحرج والانسحاب.

سادساً) نتائج هذا البحث تفيد في وضع بعض المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في تصميم البرامج الإرشادية النفسية والأسرية لعلاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدي الأطفال الصم.

أهداف الدراسة:

لكل دراسة أو بحث هدف حتى تكون ذاتقيمة علمية أو إضافات جديدة وا ٕثراء للمعرفة وهذا هو الهدف العلمي ، والهدف الثاني للبحث هو الهدف التطبيقي والذي يهدف إلي ارتباط نتائجه وتطبيقاته بالوصول إلي حل للمشكلة التي قام الباحث بدراستها. (عبد اللطيف ،٢٠٠٧: ١٤)

وتتحدد أهداف هذه الدراسة في:

١-محاولة إثراءلتراث العلمي حول الظاهرة وا ٕثراء المعرفة في المكتبة العربية.

٢-التعرف إلى مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم في محافظة غزة .

٣-التعرف إلى مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم في محافظة غزة.

٤-التعرف إلى العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم والتوافق الأسري.

٥-التعرف إلى الفروق بين متغيرات الدراسة التي تعزى إلى (النوع، العمر، درجة الإعاقة، ترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأطفال الصم داخل الأسرة).

مصطلحات الدراسة

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية أمر ضروري في الدراسة العلمية وكلما اتسم هذا التحديد بالدقة والوضوح سهل على الباحثين الذين يهتمون في مجال الدراسة إدراك المعاني والأفكار التي يريد الباحث التعبير دون أن يختلفوا في فهم ما يقوله(حنفي ، ٢٠٠١: ٦) ونحن في هذه الدراسة نحاول التعرف على بعض المفاهيم التي تتعلق أو ترتبط بها الدراسة وهى كالآتي :

١-الاضطرابات السلوكية :

تعريف (حسن ، وعبد الرحمن ، ٢٠٠٣ : ٢٣) : الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وبيئته ويستدل على وجود اضطراب سلوكي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذى فيه نفسه و الآخرين .

وتعرفها (وافي،٢٠٠٦:١٧): لضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء من بيئة الفرد نفسه

ويعرف الباحث الاضطرابات السلوكية إجرائيا بأنها مجموعة من السلوكيات غير المغوبة والمضطربة في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته، وتُظهر آثار الإعاقة، ويتضمن (السلوك العدواني ، تشتت الانتباه والحركة الزائدة) .

٢-الاضطرابات الانفعالية

تعريف (زهران، ٢٠٠٥:٤٢٠) : الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل استجابة انفعالية عادية وضرورة للحفاظ علي الحياة ، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً انفعالياً .

أما (يحيى، ٢٠٠٠:١٧) فتعرفها من خلال الأفراد المضطربين بأنهم غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول وبناءً عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء.

ويتبنى الباحث تعريف (زهران، ٢٠٠٥:٤٢٠) والذي يشير إلى أن الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل استجابة انفعالية عادية وضرورة للحفاظ علي الحياة ، وأما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطراباً انفعالياً .

٣-التوافق الأسري:

_ تعرفه (عبد الله، ٢٠٠٦ :٧٢) بأنه:قدرة أفراد الأسرة على الانسجام معاً ، وا ٍحساسهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياة الأسرية، وا ٍقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية ، والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصا فاعلاً ونافعاً في محيطه الاجتماعي من ناحية أخرى .

_ ويعرف الباحث التوافق الأسري إجرائيا بأنه تلك العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة (الأب، الأم، الأبناء) علي نحو يحقق التوازن داخل الأسرة.

٤-الأطفال الصم

_ تعريف (عبد الفتاح، ١٩٩٤:٥) الأطفال الصم بأنهم: الأطفال الذين يعانون من فقد في السمع نتيجة لتضرر العصب السمعي أو القناة السمعية بدرجات متفاوتة (خفيفة من 25_40 dB، متوسطة من 40-dB70، شديدة من70-90 dB ، عميقة من110-90 dB) ناتجة عن أسباب وراثية و أخرى بيئية. وقد يكون الصمم قبل اكتساب اللغة أو بعد اكتساب اللغة، وفي الحالتين يحتاجون إلى مساعدة خاصة في السمع والنطق واللغة والتعلم.

ويعرفهم (كباجة، وكراز ، ٢٠٠٨:٨) بأنهم: الأطفال الذين لديهم فقد في حاسة السمع حسياً أو وظيفياً وبدرجة تتراوح ما بين الشديد والعميق (٧٠-١١٠ ديسبل) ويعوقه ذلك الفقد عن الاتصال والتواصل اللفظي حتى لو استعمل المعينة السمعية.

_ ويعرف الباحث الأطفال الصم إجرائيا : بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من قصور شديد في قدراتهم السمعية، بحيث لا يتمكنون من اكتساب أو استخدام اللغة اللفظية والاستفادة من بقايا حاسة السمع لديهم إن وجدت في التفاعل بشكل سليم مع المثيرات السمعية من حولهم، ويتلقون تعليمهم في مؤسسات الصم الخاصة.

حدود الدراسة:

أجريت هذه الدراسة في العام الدراسي (٢٠١١) على الأطفال الصم (بجمعية أطفالنا للصم) في محافظة غزة.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث المنهج الوصفي التحليلي لوصف وتحليل المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة وذلك عن طريق استخدام الاستبانات الخاصة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول : الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

المبحث الثاني : التوافق الأسري .

المبحث الثالث : الإعاقة السمعية .

المبحث الأول

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً .

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

أساليب الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

أساليب التدخل التربوي والعلاجي.

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

مقدمة:

إن الصحة هي أعظم ما يبحث عنه الإنسان؛ لكونها أكثر الأمور التي يمكن أن تسهم بشكل كبير في تعزيز قدرته على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته، كيف لا ؟! وهي تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، وبما أن النفس والجسد كل لا يتجزأ فالصحة النفسية هي أيضاً من أبرز جوانب الصحة التي يبحث عنها الإنسان سواء في علاقته مع ذاته أو بيئته، ويسعى بشكل مستمر للوصول إليها من خلال محاولاته الدائمة للتغلب على ما يمكن أن يعترضه من مواقف ضاغطة وإحباطات قد تعكر صفوه ؛ لكونه يتمتع بقدرات خاصة (تسمى بالعتبة النفسية)، تمكنه من استيعاب المثيرات، فإن فاضت تلك المثيرات عن الحد وعجزت ميكانيزمات الجسم الدفاعية عن التكيف معها؛ أدى ذلك إلى الاختلال في السلوك مما يتسبب في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية (القاضي،١٩٩٤:٥٠)، التي قد تظهر لدى الطفل محاولة منه لتحقيق نوع من الانسجام مع البيئة المحيطة به أو التخلص من مشاعر الصراع والإحباط التي يتعرض لها كنتيجة للضغوط المختلفة ذات الأثر المباشر أو غير المباشر على شخصيته، فبدلاً من أن تساعده على التمتع بالتوافق النفسي (الذي قد يعتبر أحد أوجه الصحة النفسية)، تراها تلقي به في شباك الانتقاد والألم والهم النفسي، لكونها من الممكن أن تلازم سلوكه ومشاعره وانفعالاته، وقد تصبح سمة مميزة له، وعليه فإن الضغوط النفسية والاجتماعية وما يتبعها من تأثيرات سلبية على واقع الأطفال الصم (والتي يمكن أن تنجم عن إعاقتهم وفقدهم أساليب اتصال هامة) قد تدفع بهم لإبداء ميل لا شعوري نحو إظهار أي من السلوكيات والمشاعر المضطربة كأحد أساليب التعويض أو التهرب من مشاعر الحرمان والنقص والإحباط؛ رداً على ما يواجهونه من صراعات داخلية ذاتية أو خارجية بيئية، فتصبح هذه الاضطرابات عائقاً جديداً يحول بينهم وبين محاولاتهم للوصول للتوافق الأسري المنشود .

فهناك العديد من أبعاد الاضطراب فمنها ما هو ذات طابع انفعالي كالخوف والاكتئاب والانسحاب الانفعالي ومنها ما يُصبغ بصبغة سلوكية مباشرة كاضطرابات التواصل والنشاط الزائد والعدوان وغير ذلك، وما الأطفال الصم من ذلك ببعيد، فقد تكون إعاقتهم أحد العوامل المحفزة لظهور تلك الاضطرابات، مما قد يعكس نمطاً لا توافقياً يدفع بهم تحت سنابك هذه الاضطرابات وخاصة في ظل مجتمع قد لا يتفهم طبيعة إعاقتهم وطريقة تفكيرهم.(الظاهر،٢٠٠٤:٦٤)

وبما أنه لم يطرق باب الاضطرابات السلوكية والانفعالية بقوة من قبل الباحثين والمختصين في ميدان المعاقين، فقد جاءت هذه الدراسة لتكشف عن علاقة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم بالتوافق الأسري ، ويعرض الباحث في هذا الجانب جملة من الموضوعات المتعلقة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية وفق ما يراه من الممكن أن يخدم هذا الميدان ضمن الدراسة الحالية على أقل تقدير.

مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكامل للاضطرابات السلوكية والانفعالية (يكون بالإمكان الاتفاق على مضمونه ومفرداته) أمر ليس بالسهل على الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس، ولا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب، بل تظهر في " تعدد يشوبه الوضوح والتمايز لهذا المفهوم بما يجعلهمختلفاً عن المصطلحات النفسية في هذا الميدان. (يوسف،٢٠٠٠:٢٨)

فالاضطرابات السلوكية والانفعالية ليست نوعا واحدا أو درجةواحدة، وا إنما هي أنواع متعددة ودرجات متباينة، ومن هنا يأتي صعوبة إيجاد تعريف يتفق عليه المهتمون، حيث أن كل مختص يعرفه برؤيته الخاصة. وبالفعل هذا ما واجهه الباحث عند إلقاء الضوء حول ماهية الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، فالمشكلة ليست ناتجة عن قلة في التعريفات بالرغم من حداثة الموضوع، وا إنما ناتجة عن تعدد التعريفات واختلافها فكل يعرفه حسب اختصاصه (المعلم، الطبيب، رجل القانون، الأخصائي النفسي،...)، وحسب الاتجاه أو المدرسة التي ينتمي إليها (السلوكية، التحليلية، البيئية، الفسيولوجية، الإنسانية)، وكذلك حسب المعيار أو المحك (الاجتماعي، الإحصائي، النفسي، الذاتي...) لذلك ظهرت تعريفات ومسميات متعددة. (جمعة،٢٠٠٥:٤٢)

ويشير (القاسم و آخرون، ٢٠٠٠: ١٣) إلى أن كون هذه الاضطراباتميداناً جديداً تم البحث فيه في العقدين السابقين على وجه الخصوص، إلا أنه اختلف الاختصاصيونوالتر بويون في تحديد تعريف واحد واضح له عدا أنهم اختلفوا في التسميات لهذا الميدان، حيث أطلقوا عليه عدة مصطلحات . ويعود هذا التباين لعدد من الأسباب التي أشار إليها هالاهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman) وهي:

١. عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.
٢. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

٣. تباين السلوك والعواطف.

٤. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.

٥. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم(العزة،٢٠٠٢:٣١)

إلا أن هناك عدد من التعريفات التي اقتربت من القبول في تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتي منها:

ترى " بهادر " أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي جميع الأفعال والتصرفات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة، بحيث لا تتمشى مع معايير السلوك السوي المتعارف عليها والمعمول بها في البيئة وتشكل خروجاً ظاهراً عن السلوك المتوقع من الفرد العادي، وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء. (قاسم،١٩٩٤:١١٢)

وتقول (قطامي،١٩٩٩:٢٥) بأنها عبارة عن زيادة أو نقصان في المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية، مقارنين هذا النقص بمستوى مقبول أصلا.

وكما وضع هيوت(Hewett,1986) تعريفا آخر حدد فيه المضطربين سلوكيا وانفعاليا على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعيا وغير المتوافق في سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووصفه الاجتماعي بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكاً غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه خطيرة في حياته (القاسم وآخرون، ٢٠٠٠ : ١٥)

تعريف وود (Wood: ١٩٦٩) ير ى أن الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعاير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول مما يؤدي إلى تراجع مستواه الدراسي، والتأثير على علاقته الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، كما أنه يعاني من مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي. (يحيى، ٢٠٠٠ :١٧)

تعريف جروبر (Grauber، ١٩٧٣) ويعرف الاضطرابات السلوكية بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ، وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب. (يوسف، ٢٠٠٠:٣١)

تعريف نيوكمر (١٩٨٠): هي الانحراف الواضح والملحوظ في سلوك ومشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطرابات عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي نفسه والآخرين. (القاسم وأخرون،٢٠٠٠:١٧٦)

تعريف بارو (Bower،١٩٦٩) يري أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً على أنهم الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية طويلة نسبيا ومنها ما يلي :

- عدم القدرة على التعليم التي لا يمكن تفسيرها في ضوء خصائص هؤلاء الأطفال الجسدية والفعلية والصحية.
- عجز هؤلاء والأطفال عن بناء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو الراشدين والمعلمين.
- ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في الظروف العادية .
- المعاناة من أعر اض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشاكل الصحية والمدرسية.
- لديهم شعور بالحزن والاكتئاب. (العزة،٢٠٠٢:٣٢)

تعريف هارينج وفيليبس (Haring & Philips،١٩٦٢) الأطفال المضطربين انفعاليا هم الذين يعانون من مشاكل صغيرة أو كبيرة مع الناس الآخين والزملاء والآباء و المعلمين ، وهم يتصفون بأنهم غير سعداء وغير قادرين على العمل مع أنفسهم بصورة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام فانه يمكن القول بان المضطرب انفعاليا لديه معايير فشل كبير في الحياة بدلاً من معايير النجاح. (الظاهر،٢٠٠٤:٧٥)

ومن خلال هذه التعريفات يرى الباحث أنه على الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى:

١. الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.
٢. المشكلة مزمنة وليست متوقعة.
٣. السلوك يعتبر مضطربا وغير مقبول وفقا للتوقعات الاجتماعية والثقافية.
٤. السلوك المضطرب يمكن أن يشكل خطراً على الفرد ويؤدي بالفرد للوقوع في مشاكل في حياته.

٥. أهمية الرجوع إلى عدد المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس،العمر عند الحكم على السلوك .

٦. السلوك المضطرب يؤثر على المستوي الأكاديمي والدراسي للفرد.

٧. السلوك المضطرب يمكن تعديله.

٨. يؤثر على توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه.

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية

من الصعوبة تحديد نسبة ثابتة توضح مدى انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية وذلك بسبب عدم وجود تعريف واضح ومتفق عليها للاضطرابات السلوكية والانفعالية وكذلك بسبب اختلاف معايير السلوك السوي أو السلوك المضطرب من مجتمع إلي أخر وهذا أما أكده كلا من (العزة، ٢٠٠٠)، و(يحيي، ٢٠٠٠)، و(القاسم وآخرون، ٢٠٠٠)و أشاروا أنه عند فحص مدى انتشار هذه الاضطرابات أو نسبة أولئك الذين يعانون من اختلال في الأداء الوظيفي في عدد من الدراسات وذلك باستخدام محكات تشخيصية مقننة وأساليب مختلفة للتقييم تراوحت قيم معدلات انتشار هذه الاضطرابات بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤ سنوات) إلي (١٨ سنة) بين ٢% _ ٦%تقريباً وذلك وفقاً للإحصائيات التي أصدرها المعهد الصحي بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٩ وهذا يعني أن ما بين ١.٣_ ٣.٨مليون طفلاً يظهرون اضطرابات سلوكية وانفعالية، ويضيف قائلاً : ومع ذلك من الصعب أن نحدد عدد الأطفال الذين لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية في سن معين.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

إن الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة، فالأطفال أشخاص متميزون، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق، والتفاعلات التي تحدث مع الأطفال من جهة و مع أسرهمو البيئةو المجتمع من جهة أخرى معقدة جدا، لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ومع ذلك نستطيع تحديد عدد من المجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ولكن تكون هذه الأسباب متداخلة فيما بينها و متعددةو هذه المجالات هي:

أولاً :المجال الجسمي و البيولوجي

يتأثر السلوك بالعوامل الجينيةو العوامل العصبية وكذلك البيولوجية: أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة دقيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

فكثير من الأطفال العاديين وغير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطةو المتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسئولة عن مثل هذه الاضطرابات، وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة جدا، فإن هناك أسبابا و عوامل بيولوجية لها مسئولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهمو أمزجتهم.

بالإضافة لما تقدم فإن هناك عوامل بيولوجية وجسمية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل : الأمراض المزمنة،سوء التغذية،إصابات الدماغ، العاهاتو التشوهات الجسمية، القصور الجسميو الإصابات،الصرع. (يحيى،٢٠٠٠:٣٢).

ثانيا: المجال النفسي

نظرا لتكون الإنسان من مجموعة من المشاعرو الأمزجةو التأثراتو التأثيرات من وفي البيئة التي حوله، فإن الجانب النفسي له الأثر البالغ في تكوين الاضطرابات السلوكية والانفعالية فإن تعرض الإنسان للإحباطو الفشل، والصراع بين الرغبة الجنسيةو الإشباع الجنسي، وعدم إشباع الحاجات الجنسية، الرفض،و الجوع ونقص الأمن الانفعالي، له أثر بالغ الأثر في تكوين تلك الاضطرابات.

إلى جانب هذه الأسباب النفسية، فإن هناك مجموعة من الأسباب الأخرى ذات التأثير في الفرد للوصول به إلى الاضطرابات ومنها الصدمات العنيفة في الطفولة، التوحد مع أحد الوالدين المضطربين سلوكياو انفعاليا أو كلاهما، وعدوى الخوف من الكبار، التسلطو القسوة في المعاملة، الضغوط الموجهة إلى الفرد، وجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لهاو الصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق وحل مشاكلهم. كل تلك الأسباب النفسية تلعب دورا مهما في تكوين وظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (أبو جاموس،٢٠٠٩:١٥-١٤)

ثالثا: المجال الاجتماعي

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة، والشعور بفقدان الأهل، والحرمان العاطفي،وأسلوب التربية الخاطئ كما في نقص وخطأ التربية الجنسية، وأخطاء التدريب على النظافةوغيرها، التفرقة في المعاملة بين الأخوة وتفضيل جنس على آخر،والسلطة الوالدية الزائدة، التدخل الزائد عن الحد في شئون الفرد، والبيئة المدرسية المضطربة مثل إهمال المدرسين وتهكمهم وسوء المعاملة والعقاب، والاضطراب مع الزملاء والامتحانات الصعبة المحبطة. (زهران:٢٠٠٥:٤٢٠–٤٢١)

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيينو الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز الأنماط السلوكية للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا التكرار والشدة والطبوغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك، وسأعرض بعض هذه الصفاتو التي منها:

١. الفهم و الاستيعاب

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات، ولفظ سلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنى الشتائم، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والمسائل والاتجاهات ومع ذلك يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق. (يحيى،٢٠٠٠:٩٣)

٢.السلوك الهادف إلى جذب الانتباه

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده، وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بآخر حرف من الكلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين؛ مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة لكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.(Shea, 1987:151)

٣.عجز الإدراك

يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل منظم وموضوعي، والذين نستطيع تطبيق اختبارات الذكاء و التحصيل يحصلون على درجات منخفضة جدا وكأنهم متخلفون عقلياً بدرجة شديدة، في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الأطفال عندما يستمر في محادثة ما ، لكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعا واحدا محددا فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أو أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعاليا وسلوكيا يبدون أذكياء وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكن ذكاؤهم هذا يكون زائفا، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهارات والمهمات كل يوم. (Hallahan&Kauffman, 1987:151)

٤.عدم النضج الاجتماعي

ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكا غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر سناً، يظهر عادة هذا السلوك عندما يكون الطفل في وضع غير مألوف أو مضغوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعيا في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكانزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجا، مما يدع الآخرين يصفونه بأن طفل غير ناضج. ومن الصفات لهؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سنا أو الأكبر منهم سناً كأصدقاء، ويختارون اللعب والدمى والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية غير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب مع مرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

٥.الانسحاب

هو سلوك انفعالي يتضمن الترك أو الهرب من مواقف الحياة بحيث أنها من وجهة نظر إدراك الفرد ممكن أن تسبب له صراعا نفسيا أو عدم راحة، يوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خامل، خجل، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام يقظة. (الخليدى، وهبي، ١٩٩٧:١٥)

٦.السلوك الذي يتأثر بالآخرين

عبارة عن سلوك يقوم به الفرد بناء على طلب الآخرين أو لإرضائهم دون التفكير بعواقب ذلك السلوك، فالطفل أو الشخص الذي يتأثر بالآخرين يوصف دائما بأنه غير قادر على تحمل المسئولية، أو سهل القيادة أو تابع، ولا يشعر الأطفال الذين يتأثرون بالآخرين بالأمان في بيئتهم ويختارون عادة قائدا ليوجههم، ويفعلون أي شيء لإرضاء قائدهم المختار، وعادة ما يكون استخدامهم لهذا القائد كعذر لسلوكه ونشاطه الشخصي.

٧.التمرد المستمر

عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائما يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه و اتجاهاتهم، وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا، هم متمردون بشكل مستمر، فهم يتحدون بعدوانية سلطة المعلم، بحيث لا يطيعون حتى أبسط القوانين وبشكل دائم. (ملحم،٢٠٠٢:٥٤)

٨.التكرار

وهو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط لآخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر في الضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرين توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في ترداد كلمة أو رقم معين لمدة طويلة، وهكذا.. .

٩.السلبية

هي المقاومة المتطرفة المستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، والموافقة على نشاطات قليلة، ودائما يقولون لا، وا إذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

١٠. الدافعية

تتضمن الدافعية أن يكون للفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين، وبشكل عام فالكبار لديهم الدافعية الذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنهم ليس لديهم دافعية. عدد قليل من الأطفال لا يحثون على ممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد

حماسه للمدرسة، والسبب وراء انخفاض مستوى الدافعية يمكن أن يكون لعدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات عندهم نتيجة تكرار الفشل.(Shea,1987:163)

١١. النشاط الزائد

هو النشاط الجسدي الزائد المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوي النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديدا، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

١٢. الشكوى من علل نفسية جسمية

إن مصطلح نفسجسمي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسمي (الجسدي) اعتماداً كل منهما على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي، إما حقيقي أو وهمي وهذا كثير ما يحدث ومعظم الناس تتعرض له، فمثلاً عندما يكون الإنسان في وضع ضغط نفسي فيه فكثيراً ما يشكو من الصداع أو الغثيان والألم في المعدة، لهذا السبب يتم فحص الطفل أو أي شخص فحصاً كاملاً من قبل الأطباء. (بشناق،٢٠٠١:٨٢)

١٣. السلوك العدواني

يعتبر السلوك العدواني واحدا من الخصائص التي يتصف بها كثير من المضطربين سلوكياً، ويتمثل في الضرب والقتال والصراخ والشتم ورفض الأوامر والتخريب المتعمد. وهذا ما لاحظه العديد من الباحثين وهو أن العدوان من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدي الأطفال.

١٤. مفهوم ذات سلبي أو متدن

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم فاشلين أو غير مقبولين. ويتمثل مفهوم الذات السيئ بعبارات تعكس هذا المفهوم مثل: لا "أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، لن أفوز أبداً " ، "أنا لست جيدا ". ومثل هؤلاء الأفراد يكون ليهم حساسية مفرطة ضد النقد، ولا يكون لديهم رغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

١٥. العجز عن تركيز الانتباه

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدود ، هذا السلوك يتضمن عدم الانتباه بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف ، ويظهر انه مشغول البال، أو يتابع أحلام اليقظة. (يوسف،٢٠٠٠:٨٦)

١٦. الاندفاع

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، وغالبا ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

١٧. السلوك الفوضوي

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، ويتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكيات أخري تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكيات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

١٨. عدم الاستقرار النفسي

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة ، وبين كونه متعاونا إلى غير متعاون، وهكذا. هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر ، ويوصف هؤلاء دائما بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل لأ يُ تنبأ به. (الشربيني:٢٠٠٣:٥٨)

١٩. التنافس الشديد

وهو عبارة عن سلوك لفضي أو غير لفضي يكون للفوز بالمنافسة، أي يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة، وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين، وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا، وهذه المنافسة تكون

موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدر سة، وأما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيرا كبيرا على مفهوم الذات لدي الطفل ، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية. (يحيى،٢٠٠٠:٩٩)

النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية

لكل ظاهرة من الظواهر النفسية والتربوية عدد من النظريات التي تفسر حدوث تلك الظاهرة وتبين الأسباب التي أدت إلى هذه الظاهرة، والاضطرابات السلوكية والانفعالية حالها كباقي الظواهر لها من النظريات ما يفسر حدوثها ويطلعنا على أسبابها، حيث تعطي النظريات تصورا واضحا وا إلماما شاملا للأسباب التي تكمن وراء تلك الاضطرابات، ومن هذه النظريات:

أولاً : نظرية التحليل النفسي

حاولت نظرية التحليل النفسي التي وضع فرويد أصولها ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافات السلوكية ويفسر أنصار التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذه الإطار (يحيى،٢٠٠٠:٧٧).

و هنا يؤكد(الخطيب،٢٠٠٤:٢٠٧) على أن فرويد يرى أن منشأ الاضطراب السلوكي يكمن داخل الفرد نتيجة لاختلال قيام الفرد بوظائفه النفسية عبر مسارين هما:

- المسار الأول: تعليم غير ملائم في مراحل الطفولة الأولى(الخمس سنوات الأولى).
- المسار الثاني: اختلال الحكمة المتوازنة بين منظمات النفس(الهو) و(الأنا) و(الأنا الأعلى).

ومن الجدير ذكره أن الاتجاه والتحليل اتجاه عريض يضم عدداً من المدارس والتوجهات النظرية بعضها خرج على مؤسس النظرية وكون له مدارس خاصة، مثل كارل جونج(Jung) الذي أسس "علم النفس التحليلي" ولفر د أدلر الذي أسس "علم النفس الفردي" كما أن بعض تلاميذ فرويد مثل كارين هورني (Horny) وايريك فروم(Fromme) وهاري ستال سولفيان(Sulivan) وآنا فرويد واريكسون طوروا في نظريته وا إن اعتبروا أنفسهم تحليين ولا يزالون ينطوون تحت اللواء التحليلي الفرويدي ويسمون التحليلين الجدد أو الفرويديون الجدد. (كفافي،١٩٩٠:٢١)

ثانيا: النظرية السلوكية

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي و المشكلات السلوكية هو سلوك ما يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها حيث يعتبر هذا الاتجاه بأن الإنسان ابن البيئة بما تشتمل عليه من مثيرات و استجابات مختلفة لها علاقة بمختلف مجالات حياته الاجتماعية و النفسية والبيولوجية و غيرها وتتشكل لدى الفرد حتى تصبح جزءا من كيانه النفسي، والفرد عندما يتعلم السلوكيات الخاطئة و الشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز و النمذجة وتشكل وتسلسل السلوكيات غير المناسبة، كما يرى هذا الاتجاه بأن المحو أو العزل أو الإطفاء أو النمذجة الايجابيةو غيرها من أهم أساليب تعديل السلوك. (العزة،٢٠٠٢:٤٣)

هذا ويؤكد كلاً من (القاسم و آخرون،٢٠٠٠:٩٢) على أن العلماء أصحاب هذا الاتجاه السلوكي توصلوا إلى تفسير مفاده أن الاضطرابات النفسيةو الانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وشدة الدافعية لديه، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسان الشرطية لكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي كما ويرى أصحاب هذا الاتجاه السلوكي أن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئة وليست للعمليات النفسية الداخلية كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي في علم النفس، لذلك فهو يهتم بالأغراض السلوكية ولا يهتم بما في اللاشعور أو في الأعماق الإنسانية من عقد أو غيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تكتسب وفقاً لقوانين محددة(قوانين التعلم أو الاشتراط).

وبالنسبة لدور الوراثة يرى (العزة،٢٠٠٢:٤٣) أن الوراثة تحدد أبعاد السلوك الإنساني، ولكن البيئة تترك آثارها الايجابية أو السلبية على الخصائص السلوكية عند الفرد، وبما أن السلوك من وجهة نظر هذا الاتجاه هو سلوك متعلم سواء كان سلوكاً شاذا أو سوياً، إلا أن عملية التعلم هذه تتحدد في ضوء خبرات الفرد وظروفه الحالية. والسلوك محكوم بنتائجه بمعنى أنه يزداد إذا كانت المفرزات سلبية على الفردو على الآخرين من حوله، وفي الإطار نفسه وتأكيدا على دور الوراثة في السلوك المتعلم يرى(Paull&Epanchin, 1999) أن السلوكيين يعتقدون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرث تركيبا بيولوجيا يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك كما يعتقدون بأن بعض السلوكيات كالقيادةو الصداقة....الخ تورث بل تنتج

عن التفاعل ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلا من ما هو؟ومن الضروري فهم الطفل بدلا من إطلاق التسميات (يحيى،٢٠٠٠:٤٠).

أما بالنسبة للأساليب الإرشاديةو العلاجية التي يعتمد عليها الاتجاه السلوكي في تعديل السلوك الإنساني فهي تتنوع ما بين التعزيزو الانطفاءو التمييزو التشكيلو التعاقدو النمذجةو غيرها.

ويلخص (زهران:٢٠٠٢:٣٣٦) الفرضيات التي ترتكز عليها النظرية السلوكية مكونة الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

١. معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب سواء كان السلوك سويا أو مضطرب.
٢. السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.
٣. السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدوث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.
٤. جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعا لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
٥. السلوك المتعلم يمكن تعديله.
٦. يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجات النفسيةوقد تكون تعلمها غير سوي يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً .
٧. وتضيف شوا (SHWA,1978) أن محتوى النظرية السلوكية يتلخص بعبارة "السلوك محكوم بتوابعه" وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله.

ثالثا: النظرية الفسيولوجية

يذكر (أسعد،١٩٩٤:٣٨) أن إميل كربيلان (Emal Krpelan) قد لعب دورا حاسما في تأكيد فكرة الأسباب العضوية للأمراض النفسية وذلك في كتابه الذي نشره عام (١٩٦٣) والذي فيه أهمية مرض الدماغ في توليد المرض النفسي، وكذلك فقد وضع تصنيفا للاضطرابات النفسية اتخذته التصنيفات الحديثة أساسا لها.

هذا ويشير كيرك (Kirk,1981) إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي تقود إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في المجتمع، وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانا كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكيةو الانفعالية.

كما ويرى هيور وأورلنسكي (Hewar & Orlansky) أن بعض المختصين يعتقدون أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل السلوكية، فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة جداً .

ويضيف هالان وكوفماف (Hallahan&Kauffman, 1982) إلى أن السلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجنسية والعصبيةو البيوكيميائية، أو بأكثر من عامل فيها،وأن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه لذلك ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنا وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي ونادراً ما يمكن إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجيو الاضطراب السلوكي والانفعالي (يحيى،٢٠٠٠:٦٤).

أما (العزة،٢٠٠٢:٤٤) فيشير إلى أن هذا الاتجاه البيوفسيولوجي يرى أن الاضطراب السلوكي هو نتاج ومحصلة لخلل في وظائف أعضاء جسد الإنسان الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها في جسم الإنسان، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم وهذا مرتبط بعلم البيولوجيا الذي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، كما أن لعمليات النمو والأيض (التمثيل الغذائي) دور في ذلك وكذلك الحساسية للأدويةو الأصباغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوي والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل لأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري وعدم وجود بيئة رحمية مناسبة لديها وتعرضها لمرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعدهو التسمم الولادي ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة وتناولها للحبوب المخدرة والتدخين وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسرة وتعرضها لأشعة (x)وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة مولودها كلها أسباب قد تكون مسئولة بمستويات معينة عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه

لاضطرابات سلوكية وانفعالية، كما أن حرمان الطفل عاطفيا وماديا يمكن اعتباره أحد الأسباب المؤدية إلى الاضطرابات بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمه عن دم الأم.

رابعاً : النظرية البيئية

يقوم هذا الاتجاه على مبدأ أن المشكلات السلوكية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي تحدث نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفلو البيئة المحيطة به.

وبالنسبة للبيئة المحيطة بالفرد يرى (جلال،١٩٨٦ : ٨٥)أنه لا يقصد بالبيئة النطاق الجغرافي و لا المحليو لا العالمي،وإنما المقصود بها ذلك النتاج الكلي لجميع المؤثرات التي تؤثر في الفرد من الحمل إلى الوفاة.

فيعرف خوري البيئة بأنها "جميع المؤثرات الاقتصادية، الجغرافية، الفكرية، السياسية، الخ...التي تؤثر في الفرد منذ بدء حياتهو حتى مماته. (خوري،١٩٩٦:١٠)

ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث الاضطراب السلوكي لدى الطفل، فالنظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكيا مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسانو الطبيعةو العالم، هذا ويرى شيرك(SheaK1978) أن الطفل المضطرب سلوكيا يحتاج لنمط معين من البيئات بحيث يتجه ويميل لممارسة حياته العامة بشكل طبيعي.

و الاتجاه البيئي يميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمعو لا يتم التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجة إذا كان هناك اضطرابا لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، فالنظام البيئي يقدم لنا نموذجا يقول: لقد أسأت لي، وأنا سوف أسألك، هذا ويعرف هارنج وفليب (Haring&Philips) المضطرب سلوكيا بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء أو المدرسين. (يحيى،٢٠٠٠:٥٣)

ولقد شدد عدد كبير من علماء النفسو التربية على أهمية البيئة فيحياة الفرد وحدوا العوامل التي تؤثر فيه وهي كالتالي:

أ_ العوامل الجغرافية

فالعوامل الجغرافية تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك، فمثلا سلوك أبناء الشواطئ، كما أن النضجو النمو ليس واحدا عند جميع الأطفال، فنمو الطفل في المناطق الحارة غيره في المناطق الباردة والمعتدلة،و هذا ما يؤكد عليه (راجح،١٩٦٦) أنه إذا كان الطفل يعيش في أرض يحميه خوف الجماعة من الأخطار الخارجية كقمم الجبال، فإن مثل هذا الفرد سيخرج إلى الحياة مبتسما بروح المسالمة كما في قبائل "إبش Ebish" التي تسكن في غينياو أما الآخر فإنه يتسم بروح التحديو الاعتماد على النفسو المبادأةو الأنانية، والشدة كما في قبائل الاسكيمو التي تسكن شبه جزيرة غرين لاند. (خوري١٩٩٦:١٢)

ب_العوامل الأسرية

تعتبر العوامل الأسرية من أكثر العواملتأثير ً ا على الطفل ، فهي التي تلازمه لفترة طويلة من حياته وتؤثر في شخصيته ، فالإنسان عندما ينشأ ويترعرع في كنف أسرة يتعلم عادتها، ولغتها وقيمها ،وهذا ما شدد عليه (جبل،٢٠٠٠:٥٢) حيث يعتبر أن الأسرة هي العامل الأول والأساسي في صنع سلوك الطفل بصبغته الاجتماعية لأن السنوات الطفل الأولى التي تتولاها الأسرة بالرعاية والعنايةتؤثر تأثير ً ا بالغا في التوافق النفسي أو عدم التوافق النفسي، وكل ما يكتسبه الطفل في هذا الأسرة من خبرات مؤلمة والناجمة عن أساليب خاطئة في التنشئة تبقى معه هذه الخبرات حتى يكبر وتؤدي به إلى اضطرابات في شخصيته، مما يكون عرضة للأمراض النفسية التي تبعده من حالة الأسوياء .

أما (خوري، 13:1996) فيرى أن الطفل يتعلم في الأسرة الكثير من عقائده، ومخاوفه، وأفكاره التي تدل على التسامح أو الغضب، كما هي المكان الذي يتأثر به من جوها فيتأثر بها وتؤثر في مركزه الاقتصادي والاجتماعي.

من هنا ترى (يحيى،55:2000) أن سلوك الأطفال يعكس الاتجاهات والآراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم من خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالدين، والحرمان، والضغوط من أجل الحصول على سلوكيات ناضجةجد ً ا، وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة كلها بالتأكيد ستساهم في المشكلات السلوكية، هذا وقد أكدت الدراسات والبحوث أن الأسرة التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات الحب والتقدير والاحترام والثقة في

النفس وفي الآخرين هي الأسرة التي تبني أشخاصاً أسوياء، وذلك على العكس من الأسر التي تغرس في نفوس أطفالها اتجاهات سلبية كالكراهية والحقد والخوف وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، فهي تبني الشخصيات المنحرفة الجامحة والمضطربين اجتماعياً وسلوكياً والعصابيين والذهانيين. (حسين،19:1986)

ج- العوامل المدرسية

المدرسة هي المؤسسة العلمية الرسمية التي تقوم بعملية الصقل، والتربية وتعديل السلوك غير السوي الذي اكتسبه الطفل في تنشئته الاجتماعية الأولى في الأسرة، وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملاءه ويتأثر بالمنهج الدراسي في معناه الواسع علماً وثقافة وتنمو شخصيته في كافة جوانبها، كما تستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ ومن هذه الأساليب دعم القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، وتقوم بتوجيه الأنشطة التربوية المختلفة بحيث تعمل هذه الأنشطة على تشكيل وتعليم الأساليب السلوكية المرغوبة، والعمل أيضاً على فطام الطفل انفعالياً في التخلص من السلوكيات التي اكتسبها الطفل في الأسرة واستبدالها بنماذج صالحة من السلوك السوي (جبل،2000 : 54)

من خلال العرض السابق يرى الباحث أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تحدث من وجهة نظر الاتجاه البيئي نتيجة للتفاعل الذي يحدث ما بين الفرد والبيئة المحيطة به، فإذا كان هذا التفاعل إيجابيا ينتج عن ذلك سلوكاً سوياً أما إذا كان هذا التفاعل سلبياً ينتج عن ذلك سلوكاً مضطرباً.

وهذا ما يؤكد عليه كلاً من بل وزبنشن (Paul & Espanchin,1992) حيث يعتبرا أن من أساسيات النظرية البيئية أنه ليست هناك سلوك مضطرب بالوراثة ولكنه نتيجة عدم التوازن والتطابق بين الأفراد والمحتوى البيئي، وعن طريق إحداث تغيرات في الفرد أو البيئة أو كليهما يمكن أن يعمل على تخفيض حدة الاضطراب، كما أن الاتجاه البيئي لا يعتبر الاضطراب السلوكي مرضاً للطفل، بل تنظر للنظام كمعيق،و حسب الاتجاه البيئي يجب أن يتم التركيز على عدم التوازن بين الفرد وبيئته، والتصورات البيئية للاضطراب السلوكي والانفعالي لها جذور في الأنظمة المختلفة، ومن بين المنظرين لذلك المفهوم أخصائيون أنثربولوجيون عملوا على توضيح

العلاقة المتبادلة بين الأفراد وبيئاتهم والطبيعة المتصلة بالانحراف، هذا ويتفق البيئيون على أن السلوك ناتج عن التفاعل بين القوى الداخلية وظروف البيئة.

ويلخص كل من ستيفن وكونلي (Steven & Conoley , 1984) الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية بالآتي:

أن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير والاضطراب ليس مرضاً يصاب به الطفل بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة والاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها (يحيى،2000 :56).

خامساً : نظرية الذات لكارل روجرز

يقول كارل روجرز أن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ونقص احترام الذات،وأكثر ما يؤدي إلى الاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالا مختلفة ولكنه يكون موجها إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذواتنا ويحدث التهديد تبعا لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها الفردو الذي يوجه عملية الانتقادات للخبرات فإذا كان ونظام القيم الذي لدينا مأخوذ عن الآخرين وليس نابعا عن الأصالة فإننا نستمر في الضياع أو أننا لا نكون أصحاب ذواتنا، ينشأ الاضطراب النفسي من وجود شروط للأهمية تقف حائلا بين الفردوإشباع حاجاته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق (منسي ومنسي،٢٠٠٤:١٩٥).

من خلال العرض السابق للاتجاهات النظرية المختلفة (السلوكية – التحليية – الفسيولوجية – البيئية _ الإنسانية) المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن القول بأن أسباب هذه الاضطرابات متعددة ومتنوعة، وبالتالي لا يمكن عزو الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى سبب بعينه وتجاهل الأسباب الأخرى، فيمكن أن تكون هذه المشكلات نتاج تضافر عدة أسباب وليس سبباً واحداً . فالعادات والسلوكيات الخاطئة والشاذة المتعلمة من المحيط الاجتماعي تلعب دوراً أساسياً في تشكيل السلوك المضطرب ، وكذلك العمليات النفسية الداخلية والعوامل النفسية البيولوجية الغريزية، والتعلم غير الملائم في المراحل الأولى من الطفولة ، كل ذلك يمكن أن يكون له بالغ الأثر في تشكيل السلوك المضطرب، وبالإضافة إلى ذلك لا يخفى على أحد ما للعوامل الفسيولوجية والمتمثلة في الوراثة ووظائف أعضاء الجسم من تأثير كبير في تشكيل

السلوك المضطرب، فعلى سبيل المثال أي خلل في أداء ووظيفة أي عضو من أعضاء جسم الإنسان، أو أي خلل في إفرازات الغدد والهرمونات، أو أي خلل أثناء تكوين الكروموسومات أو انقسامها، كل ذلك من شأنه أن يساعد في نشأة الاضطراب السلوكي .وأيضاً من الجدير ذكره أنه لا يمكن إغفال ما للعوامل البيئية المحيطة بالفرد من دور في تشكيل الاضطراب السلوكي، وذلك من خلال عملية الاتصال والتفاعل التي تتم ما بين الفرد وبيئته ، ومن أهم هذه العوامل البيئية العوامل الأسرية وكذلك العوامل المدرسية .

أساليب الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وبما أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن أن تضفي بآثارها السلبية على علاقة الطفل مع ذاته ومع البيئة من حوله فلا بد من العمل بشكل جاد على الوقاية منها فدرهم وقاية خير من قنطار علاج، وبقدر ما تكون أساليب الوقاية يسيرة حيث تتركز في تفادي التعرض لأسباب ظهور تلك الاضطرابات، وفي هذا الجانب فيجدر الإشارة إلي جملة من الإجراءات الوقائية التي ينبغي أخذها في الاعتبار عند التفكير في إستراتيجية شاملة للوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومنها :-

١. **التوعية:** لا خلاف على أهمية جهود التوعية في الوقاية من الاضطرابات السلوكية كما هو الحال في شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأمراض الجسمية والتلوث، والآداب العامة، ومظاهر السلوك الحضاري رغم صعوبة التوعية بالاضطرابات السلوكية وما يتعلق بها.

٢. **التنشئة الاجتماعية:** تشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الاجتماعية فهي التي ينبغي أن تقدم للنشءالقدوة الصالحة، سلوكاً مجسداً كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم ومعايير السلوك الاجتماعي المقبول وغير المقبول ، وتغرس في نفوسهم القيم الأصيلة والصفات الحسنة وتحميهم من مواطن الزلل من خلال المراقبة والتوجيه المستمر، ومما لا شك فيه أن تغيير تركيب الأسرة وضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التي تجعل الطفل أو المراهق يشعر بعدم الاطمئنان والاغتراب مما يولد لديه القلق والسلوك العدواني الذي يؤدي إلى الجنوح والانحراف والخروج عن المجتمع وتكوين جماعات فرعية مضطربة .

٣. **تقوية الوازع الديني:** تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وصحته والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية

التي تقلل من الانحرافات السلوكية في المجتمع، وقد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن انتماء الشباب إلى الجماعات الدينية يساعد كثيراً على إزالة التوتر والقلق والإحباط لديهم . ومن البديهي أن الحديث عن تقوية الوازع الديني رغم عموميته كمطلب أساسي فإنه أكثر وجوباً للحماية من بعض الاضطرابات السلوكية ذات الطابع الاجتماعي كالكب والسرقة والعدوان والقلق وغيرها ، كما يحميه من مثل هذه الاضطرابات فمثلاً فيما اكتسبه من تعاليم دينية صحيحة.

٤. **استخدام نظام التربية والتعليم:** يمكن توظيف نظام التربية والتعليم في الوقاية من الاضطرابات السلوكية فيما يتعلق بالمناهج والمقررات الدراسية، أو فيما يسمى بالأنشطة اللاصفية أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجز ء من المقررات الدراسية . ويمكن الاستفادة من هذه النشاطات في تكوين ما يسمى بالجماعات المدرسية المختلفة التي تعمل على استيعاب طاقة التلاميذ في أنشطة مفيدة، وامتصاص السلوك العدواني وخفض تشتت الانتباه والحركة الزائدة، وتعليم الأمانة والصدق والالتزام، والانتماء، والتفاعل الإيجابي.

٥. **البرامج الإرشادية كوسيلة دفاعية:** رغم أن الإجراءات الدفاعية السابقة تتصف بالعمومية ويمكن توظيفها لصالح الوقاية من عدد كبير من الاضطرابات السلوكية، فإن البرامج الإرشادية ومجموعة أخرى من الإجراءات تعد أكثر ملائمة للاضطرابات السلوكية والانفعالية ذات الطابع الاجتماعي(يوسف، ٢٠٠٠: ٣٥٢-٣٥٣)

خلاصة القول يرى الباحث أن الوقاية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية أمر ممكن وأن هناك العديد من الوسائل للنهوض بهذا الأمر ولكن يحتاج إلى مزيد من العناية والاهتمام من المتخصصين المعنيين في فروع العلم المختلفة لعلم النفس والطب النفسي والطب وعلم الاجتماع وغيرهما .

أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

تعتبر الاضطرابات السلوكية والانفعالية من أبرز المعيقات التي تواجه الأطفال، حيث تعتبر هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان باعتبارها مرحلة انتقالية حيث الاعتماد على الكبار وهذا ما أكد عليه العديد من علماء النفس والتربية، بأن مرحلة الطفولة هي فترة الاعتماد على الأهل ، وفيها يبذل الطفل طاقة غير عادية للتصرف حسب ردود أفعال الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة ، كما ويتصرف الطفل باستمرار ليكون محور اهتمام المحيطين به، هذا بالإضافة إلى التغيرات النمائية والنفسية والاجتماعية والثقافية المتعاقبة في هذه المرحلة، أضف إلى هذا أن عينة الدراسة هم من ذوي الاحتياجات الخاصة (الصم)، فكل ذلك كفيل أن ينتج عنها العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومن هنا يحاول الباحث إلقاء الضوء على ماهية هذه الاضطرابات، وأسبابها، والعوامل المؤثرة فيها، وتصنيفاتها، والاتجاهات المفسرة لها، وتعمد الدراسة الحالية إلى الإبحار في ميدان هذه الاضطرابات انطلاقاً من أشكال أربعة متمثلة في اضطراب تشتت الانتباه والحركة الزائدة والسلوك العدواني والخوف والخجل، وللاطلاع أكثر على طبيعة تلك الأشكال فسيتم تناول كل منها بقدر من التفصيل، وذلك على النحو التالي:

أولاً : السلوك العدواني

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً ، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً مزعجاً في كثير من الأحيان. (يحيى، ٢٠٠٠: ١٨٥)

والسلوك العدواني لا يأخذ شكلاً واحداً أومظهراً محدداً وإنما له أشكال ومظاهر كثيرة ومتنوعة لذلك تعددت تعريفاته وتصنيفاته، ومن هنا حظي باهتمام كثير من المهتمين كعلماء النفس والتربية وغيرهم. ومن الجدير ذكره أن السلوك العدواني ظاهرة موجودة منذ القدم على هذه الأرض وخير دليل على ذلك سؤال الملائكة لله عن كيفية استخلاف ذرية آدم عليه السلام في هذه الأرض ويوجد فيهم من يفسد ويقتل ويسفك الدماء ويتسم بالعدوان، ويتمثل ذلك في قوله

تعالىوا ٕذ قال ربك للملائكة إني جاعل في الأرض خليفة قالوا أتجعل فيها من يفسد فيها ويسفك الدماء ونحن نسبح بحمدك ونقدس لك قال إني أعلم ما لا تعلمون" (البقرة ، ٣٠)

تعريف السلوك العدواني

لقد تعددت تعاريف العدوان تبعا لتعدد الزوايا و المنطلقات للباحثين، وتبعا لتعدد مجالات علم النفس و التربية،هذا التعدد والاختلاف جعل من الضروري إلقاء الضوء على بعض التعريفات الخاصة بالعدوان والتي نذكر منها:

تعريف بص (Buss،١٩٦١)السلوك العدواني هو أي سلوك يصدر عن الفرد لفظياً أو بدنياً أو مادياً، صريحاً أو ضمنياً أو مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني او مادي للشخص نفسه السلوك العدواني أو للآخرين. (دحلان،٢٠٠٣ :١٧)

تعريف (العيسوي:١٩٩٩:٣٦٢) حيث يرى العدوان بأنه نزعة نحو الهجوم أو التهجم في مقابل الانسحاب أو المسلومة أو التفاهم ، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد.

ويعرفه (مختار،٢٠٠١:٥٠) بأنه سلوك يصدره الفرد لفظيا أو معنويا أو بدنيا صريحا أو ضمنيا، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، ويترتب على هذا السلوك إلحاق الأذى بدنياً أو مادياً أو نقصاً للشخص نفسه صاحب السلوك أو الآخرين.

تعريف (جاد وآخرون، ٢٠٠٢: ٢٣) أن السلوك العدواني هو عبارة عن مجموعة من التعريفات والسلوكيات التي يقوم بها الفرد والتي تسبب الأذى للفرد نفسه، أو للآخرين، أو للممتلكات العامة.

تعريف (أبو حطب، ٢٠٠٢: ٨) العدوان هو كل قول أو فعل أو تقرير لفعل أو إشارة يقصد به إلحاق الأذى، أو الدمار بالآخرين، أو بذات الإنسان نفسه.

وتعرفه موسوعة علم النفسو التحليل النفسي بأنه كل فعل يتسم بالعداء اتجاه الموضوع أو الذات ويهدف للهدموالتدمير نقيضاً للحياة، وأنه هجوم أو فعل موجه نحو شخص ما أو شيء ما، كما يعني الرغبة في الاعتداء على الآخرين أو إيذائهم أو الاستخفاف بهم، أو السخرية منهم بغرض إنزال عقوبة بهم أو إظهار تفوق عليهم. (الحربي،٢٠٠٣:٢٢)

ويعرفه (الجبالي،٢٠٠٩: ٧٦) بأنه عبارة عن سلوك ناجم عن تفاعل الطاقة الكامنة بداخل طفل المدرسة مع عوائق خارجية ضاغطة موجودة في بيئة الفرد بحيث تحد من تحقيق أهدافه، مما يؤدي إلى إيذاء الآخرين.

تعريف الباحث الإجرائي: "السلوك العدواني عبارة عن إلحاق ضرر وأذى متعدد الأشكال منه المادي واللفظي، ويكون موجه نحو أشخاص، أو أشياء، أو نحو ممتلكات، أو نحو الذات . ووفق هذا السياق كان تعريف الباحث الإجرائي للسلوك العدواني".

ومن خلال ما سبق عرضه من تعاريف للعدوان نجد أنها تركز على النقاط التالية:

١. أن العدوان سلوك مكتسب متعلم.
٢. أن العدوان يصدر من فرد أو جماعة.
٣. أن العدوان يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً .
٤.أن العدوان يمكن أن يكون مادياً أو معنوياً .
٥أن العدوان يمكن أن يكون مباشراً أو غير مباشر
٦. أن العدوان يمكن أن يكون موجه للذات أو الآخرين.
٧. أن العدوان ناتج عن الإحباطات والصراعات بين الفرد وواقع المجتمع.

أسباب السلوك العدواني:

عند الحديث عن تعريف السلوك العدوان يذكرنا أن هناك تعدد للتعاريف و هذا التعدد ناتج عن تعدد وجهات النظر لهذا السلوك، ومن هذا المنطلق نجد أن تحديد أسباب السلوك العدواني يختلف ويتعدد بناء على تعدد الآراءو المنطلقات التربويةو النفسية والبيئيةو البيولوجية التي يعتمد عليها كل باحث وعالم في تفسير السلوك العدواني، ومن هذه الأسباب ما يلي:

١. عدم اكتمال النضج العقلي و الانفعالي لدى الأفراد، لذلك فإن السلوك العدواني قد يأخذ في التضاؤل و الانطفاء كلما كبر الفرد.
٢. يتعمد بعض الآباء تعليم أبنائهم العدوان من أجل أن يدافعوا عن أنفسهم ضد الآخرين، أو ليكونوا بذلك السلوك مثل الرجال. كما أن الآباء من ذوي العلاقات النموذجية في التحكم والسيطرة ربما يسهمون في تنمية عدوانية أطفالهم.

٣. فشل الطالب في الدراسة، أو فشل في كسب عطف المعلم ومحبته، مما يجعل الطفل والمراهق يعادي السلطة ممثلة في نظم المدرسةوإدارتها ومعلميها.
٤. قد يرجع العدوان إلى إحساس المراهق بعدم قبوله اجتماعيا، إما لعيب ظاهر فيه، أو لقبح في منظره، أو لعدم توافقه اجتماعيا مع أقرانهو غيرهم، فيسلك هذا السلوك لكي يفرض ذاته ويعادي المجتمع. (العقاد،٢٠٠١: ١٠٢-١٠٤)
٥. عندما العدوان وسيلة يستخدمها الطفل لجذب الانتباهواستعراض قوته، وقد يكون تعبيرا عن الغيرة، وقد ينتج عن التوحد مع شخص عدواني يعايشه، أو مع الشخصيات الخرافية والعدوانية في الأفلام والمسلسلات.
٦. الازدحام في المدرسةو الأماكن العشوائيةو البيوت المزدحمة عاملا مهيئا للعدوان، وقد يعزى هذا إلى أنه في ظل التكدس الشديد للأفراد في مكان يصعب فيه إشباع الكثير من الحاجات الأساسية مثل: الحاجة للهدوءو الاسترخاءو الخصوصية، ومن ثم يصبح الفرد أكثر توترا، ويصبح صدور الاستجابة العدوانية أكثر احتمالا.
٧. تبني الفرد لبعض الأفكار اللاعقلانية المدمرة قد يبرر لديه القيام بالسلوك العدواني. (محمد، ٢٠٠٣: ٢٦١)

مع كل ما تقدم من أسباب وعوامل، وعلى الرغم من أن كل رائد نظرية تقريبا يوافق على أن العدوان مقصود فليس هناك إجماع على أن هناك أهدافا معينة يسعى العدوان إلى تحقيقها، فقد يكون هدف السلوك العدواني الإكراه (الإجبار) حيث أكد كل من جيمس تدش وبيترسن (James Tedech & Patterson) أن العدوان في الغالب محاولة إكراه، فالمهاجمون يلحقون الأذى بضحاياهم لإجبارهم على أن يفعلون ما يريدون، وقد يكون هدفه السلطة والهيمنة، أو تكوين انطباع جيد عند الآخرين، أو ما يعرف بإدارة الانطباع ، فالعدوانيون يهتمون أساسا فيما يظنه الآخرون فيهم. (دحلان،٢٠٠٠: ٤٦)

أشكال السلوك العدواني

يتخذ السلوك العدواني أشكالاً وصوراً متعددة يمكن عرضها فيما يلي :

أولا: من حيث الأسلوب

١. عدوان لفظي، سلوك لفظي مباشر أو غير مباشر يستهدف إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين،بهدف استفزازهم أو السخرية منهم.

٢. عدوان إشاري/رمزي، وفيه يمارس الفرد سلوكا يرمز إلى احتقار الآخر، أو يقود إلى توجيه الانتباه إلى إهانة به، باستخدام الإشارات باليدو اللسان.. الخ.

٣. عدوان_جسدي/مادي، وفيه تستخدم أشياء مادية لإلحاق أذى بدني بالآخر أو الذات.(أبورياح،٢٠٠٦: ٣٦)

ثانيا: من حيث الهدف

١. عدوان موجه نحو الذات، وقد يتخذ صورا متعددة كلطم الوجه وضرب الرأس..الخ.

٢. عدوان_موجه نحو الآخرين، وفيه يوجه العدوان نحو الآخرين أو الأشياءوما يرمز لهم.

ثالثا: من حيث حجم المصدر

١. عدوان فردي، سلوك يتجه به الشخص إلى إيقاع الأذى بغيره من الأفراد أو الجماعات أو الأشياء.

٢. عدوان جمعي، سلوك تمارسه جماعة ضد شخص أو أشياء أو ما يرمز لهم.

رابعا: من حيث الطريقة

١. عدوان مباشر، حيث يوجه إلى مصدر الإحباط أو نحو الموضوع الأصلي للمثير.

٢. عدوان غير مباشر، ويوجه إلى أحد رموز الموضوع الأصلي، أو أي شيء تربطه صلة بالموضوع الأصلي.(الزغبي،٢٠٠١:٢٠١)

خامسا: من حيث الإيجاب والسلب

١. عدوان إيجابي،ويهدف إلى الحماية من الهجوم الخارجي أو بغرض الاستقلال.

٢. عدوان سلبي،ويؤدي دائما إلى التدميرو الخراب.

سادسا: من حيث مظهره

١. العدوان العدائي، ويستخدمه الطفل انتقاما من آخر أغضبه في موقف سابق.

٢. العدوان الوسيلي، ويستخدمه الفرد كوسيلة للحصول على مآرب معينة.(قطامي، ١٩٨٩:١٥١)

سابعا: المضايقة

تمثل المضايقة إحدى صور العدوان وأشكاله المتعددة، والتي تؤدي في غالب الأحيان إلي شجار حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل أخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر. (الجبالي،٢٠٠٩:٨٣)

ثامنا: البلطجة والتنمر

قد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو شخص أو شيء أخر بهدف التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المعتدي على المعتدي عليه، ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذنين أو الملابس أو القرص أو العض أو غير ذلك. (ملحم، ٢٠٠٢: ٢١٩)

أساليب التغلب على السلوك العدواني:

توجد عدة أساليب فعالة لعلاج وضبط سلوك العدوان عند الأطفال ومنها:

١.تجنب الممارساتو الاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال

فالدراسات تظهر أن مزيج من التسيب في النظامو الاتجاهات العدوانية لدي الآباء يمكن أن ينتج أطفال عدوانيينجد ً ا، وضعيفي الانضباطو الأب المتسيب أو المسامح أكثر من اللازم هو ذاك الذي يستسلم للطفل ويستجيب للطفلويدلّ له ويعطيهقدر ًكبير ً ا من الحرية، إما بسبب انصياعه للطفل أو إهمالهو الأب ذو الاتجاهات العدوانية لا يتقبلغالب ًا الطفلو لا يستحسنه وبالتالي لا يعطيه العطف أو الفهم أو التوضيح، كما أنه يميل إلي استخدام العقاب البدني الشديد وعندما يمارس الأب العدواني سلطته فهو يقوم بذلك بطريقه غير مناسبةو غير متوقعة، واستمرار هذا المزيج من ضعف العطف الأبويو العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلي العدوانية والتمردو عدم تحمل المسؤولية لذي الطفل.

٢. الإقلال من التعرض للعنف المتلفز

أظهرت الدراسات قوة التلفاز كأداة لتعلم العدوانية عند الأطفال وتشير الدراسات الحديثة بأن أفلام التلفاز تؤثر على الأطفال من 8–9 سنوات وتخلق فيهم السلوك العدواني في تلك السن،

وفيأو اخر المراهقة كلما كانت الأفلام عنيفة كلما كانت العدوانية أكبر حتى بعد عشر سنوات من ذلك. (الشربيني،٢٠٠١:٥٢)

٣. **تنمية الشعور بالسعادة**

حيث تشير الدراسات إلي أن الناس اللذين يمارسون اتجاهات ايجابية سعيدة يميلون أن يكونوا لطيفين نحو أنفسهم ونحو الآخرين بطرق متعددة، أما الأطفال الذين يعيشون في جو من النقد فأنهم يميلون أكثر إلي العدوان. (الزغبي،٢٠٠١:١١٦)

٤. **أعط الطفل مجالا للنشاط الجسميو غيره من البدائل:**

إذ أن من الضروري أن يعطي الأطفالفرصاَ كثيرة للتدريب والتمرينات الرياضية بحيث يتم من خلالها تصريف الطاقة الزائدة والتوتر.

٥. **تغيير البيئة:**

يمكن أن يتم ذلك عن طريق إعادة ترتيب المكان الذي يعيش فيه الطفلسوءاً داخل الأسرة أو في المدرسة أو داخل حجرة الدراسة من حيث ترتيب المقاعد، مثلا فكلما كان لدى الأطفال حيز مكاني أوسع للعب كلما قل احتمال العدوان لديهم، ولذا فإن اللعب الخارجي الذي يعطي فرصاً كثيرة للحركة من موقع لأخر أمر هام يساعد على التخفيف من حدة العدوانية كما أن للموسيقي تأثير ً امهدئً ا على النزعات العدوانية. (بشناق، ٢٠٠١:٢٣٤)

٦. **تجنيب الأطفال النزاعات الزوجية**

الطفل يتعلم الكثير من السلوك الاجتماعي عن طريق الملاحظة والتقليد، ولهذا يجب على الأبوين التأكد من أن لا يجعلوا الأطفال يتعرضون إلي درجات عالية من الجدال والمشاجرات بينهما.

٧. **تعزيز السلوك المرغوب**

كثير ً ا ما نفترض نحن الراشدين أن سلوك الأطفال الطيب أمر مفروغ منه، وبالتالي لا تقوم بتعزيزه مع أن الخطوة الأولى في معالجة السلوك العدواني هي تعزيز السلوك الجيد الصادر عن الطفل، ففي كل مرة يقوم الطفل فيها باللعب مع أحد أقرانه دون شجار أو صراخ يجب أن يمتدح من طرف الأب أو المعلم أو المرشد. (الخطيب، ١٩٩٨:٣١٧)

٨. تعليم المهارات الاجتماعية

يتقاتل الأطفال لأنهم يفتقرون للمهارات الاجتماعية مثل التحدث بلطف مع الآخرين أو التعبير عن أنفسهم بدون إيذاء مشاعر الآخرين، لذلك يجب تعليمهم مهارات الاتصال والتواصل مع الآخرين.

٩. التجاهل المخطط

إن تشجيع السلوكيات الغير العدوانية يجب أن يكونمقرونًا بتجاهل السلوكيات العدوانية، ولا تعطيهاانتباهًا ولا توبخ أو تعاقب ، لأنك إن فعلت ذلك فانك تعزز استمرار سلوكيات العدوان، ويجب تقديم التأديب والتربية للأطفال أثناء العدوان، ولكن ليس العقاب أو التوبيخ، وقدم التعاطف للطفل المعتدي عليه. (العزة، ١٩٩٩:٢٤٧)

١٠. اكتشاف الميول العدوانية

يمكن اكتشاف الميول العدوانية لدي الأطفال، إما بملاحظتهم إثناء ممارسة النشاط الحر كاللعب أو الرسم، أو بالاستماع إلي قصصهم التلقائية دون استخدام مواجهات لها، أو عند استخدام صور تعرض عليهم كنوع من المثيرات التي يسقط الطفل عليه انفعاله. (بشناق،٢٠٠١:٢٣٣)

العدوان لدى الصم:

يذكر (زهران،١٩٩٧: ٨٤) إلى أنه كثيرا ما أسئ فهم الشخص الأصم وباعتباره شخصية ذات قدرة عقلية منخفضة، وبالتالي يتعرض للإهمال ويصبح منطويا و لأنه لا ينتبه فإنه يعتبر غير خيالي و عنيد و عدواني ومهمل، وهناك صفات شائعة للأصم من قبل المعلمين الذين يدرسونه منها انه كسول عقليا و غير منتبه و شكاك وسولو ي و غير صادق و عدواني.

فالإعاقة لها جانبان مشتركان:

- الجانب الأول: نقص في مفهوم الذات مما يؤثر عليه، وقد يتسبب في انهيار الذات لديه، وليس هذا فحسب بل إن الأصم لا يختلف عن العاديين فقط وا إنما يرى أنهم لا يفهمون معنى الإعاقة وأثره.

- الجانب الثاني:اختلال علاقته بأقرانه المعاقين الآخرين بسبب إعاقته فيكون سلوكه إما الانطواء أو الخوف من الناس ومن الحياة والاستسلام، وا إما التحدي و العدوان.

ويرى (الغانم، ١٩٩٠: ٦٧) أن الطفل يعاني من أمرين أساسيين هما:

١. الصمم بحد ذاته الذي يحجب عنه بعض جوانب العالم الخارجي.

٢. موقف و استجابات البيئة من حوله كما يدركها هو على أنها تناصبه العداء ولا توفر له الظروف الملائمة أو تعامله معاملة خاصة من شفقة أو قسوة أو إهمال.

و أنه عندما يزيد الإحباط تزداد الرغبة في السلوك العدواني و ازدياد هذه الرغبة يعني توجيه جزء من الطاقة النفسية لدى الفرد نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط. (عبد الغفار،١٩٨٣: ٨٧)

وقد ذكر مختار حمزة(١٩٦٤) أن عدم الشعور بالأمن الذي ينتاب الأصم يرجع إلى المواقف الكثيرة التي يتعرض لها، أن كثيراً من الاضطرابات السلوكية والانفعالية ناتجة عن عدم تقبل الآخرين المحيطين به في بيئته. (الحربي،٢٠٠٣:٦٢)

ثانياً :تشتت الانتباه و النشاط الزائد

كم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركة والنشاط والحيوية على نحو منقطع النظير، ولكن في سن المدرسة غالباً ما تتحول تلك النشاطات إلى سبب إزعاج لهم وللمدرسين ولأداء الطفل المدرسي على حد سواء، فما يكون مقبولاً في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في أخرى، وهذا هو الحال في النشاط الزائد، والذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تودي بالطفل إلى هاوية قصور الانتباه وتدني التحصيل الدراسي، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سلوكية يمكن تهذيبها في أحسن الأحوال، أو اضطراباً سلوكياً يحتاج من الجهد والوقت الكثير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف، حيث يتميز بنقص مدى الانتباه والاندفاعية الزائدة وفرط الحركة، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعله موضع شكوى من الآخرين خصوصاً في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجة كافية من الانتباه لاستقبال المعلومة وفهمها وتتشتت أفكاره بسهولة ولا يتمكن من إنهاء مهامه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنية، مع أنه لا يعاني من نقص في مستوى الذكاء وهو بحاجة لإشراف مكثف لإنجاز واجباته وكثيراً ما يلجأ إلى أسلوب النداء العلني والحديث المستمر مع زملائه في الفصل ويحاول التحرك باستمرار ويسهل إخلاله بالنظام العام أو الخاص في المواقف المختلفة ويقاطع الآخرين ويقحم نفسه عليهم ولا يكف عن الحركة إلا عندما يشعر بالإعياء. (الخطيب، ٢٠٠٤: ٥٦٥ –٥٦٦)

وإذا كان اضطراب تشتت الانتباه والحركة الزائدة يمثل مشكلة بالنسبة للأطفال العاديين والمحيطين حولهم، فإنه يبدوا لدى الأطفال المعاقين سمعياً بشكل كبير، فهم يلجأون لإصدار كل سلوك من شأنه أن يساهم في التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم، حيث الأطفال الصم لا يتمكنون من استخدام اللغة اللفظية في عملية الاتصال مع المجتمع، وتعد الإشارات والحركات والتلميحات هي لغتهم ووسيلتهم الوحيدة لتحقيق ذلك، وقد أوضحت النتائج الوصفية الأولية لدراسة(وافي،٢٠٠٦) أن اضطرابتشتت الانتباه و النشاط الزائد يتربع على عرش الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم .

مفهوم تشتت الانتباه والنشاط الزائد

يعتبر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أحد أهم المشكلات السلوكية التي تظهر على الأطفال وتحرمهم الاستمتاع بطفولتهم لأنها تستنزف كثيرا من طاقاتهم الذهنية والبدنية وتعرضهم للنقد والعقاب على سلوكياتهم ويمتد الأثر السلبي لهذه الظاهرة إلى المحيطين بهؤلاء الأطفال من زملائهم

وا ٕخوانهم ومعلميهم وآبائهم، وهو من الاضطرابات الشائعة الانتشار بين الأطفال حيث أنه ينتشر بنسب متفاوتة بينهم تصل من ٣% إلى ١٦% في البيئات المختلفة. (القحطاني،٢٠٠٥:٨٣)

تعريف الاضطراب:

لاقت زملة الأعراض السلوكية والتي تعرف الآن باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorde (ADHD) بعض الاختلافات في تحديد مصطلح متفق عليه يعبر عن أعراض هذا الاضطراب ويرجع اختلاف الباحثين والعلماء في الاصطلاح على تسمية لهذا الاضطراب إلى الاختلاف في نظرة كلا منهم إلى طبيعة هذا الأعراض المكونة لهذا الاضطراب وآي منها أكثر بروز ًا.

يعرفه (يوسف، وزكريا ٢٠٠٠:٢١٨)، بأنه اضطراب سلوكي يتضح من خلال عدة مظاهر أهمها تشتت الانتباه والاندفاعية والحركة العشوائية المستمرة ويترتب عليه سوء التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل مع عدم تقبل الآخرين له ورفضهم لانفعاله وتصرفاته.

وترى (عجلان، وطنطاوي ١٩٩٥:٦٥)، أن قصور الانتباه يشير إلى الاضطراب السلوكي الذي يعد النشاط المفرط وتشتت أو قصر فترة الانتباه والاندفاع أهم مكوناته.

ويرى(الشخص،١٩٨٤:١٠٠) الطفل ذي النشاط الزائد بأنه الطفل الذي يعاني من ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة وعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة، وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات طيبة مع أقرانه ووالديه أو مدرسيه.

هذا ويعرفه (شيفر، وميلمان، ١٩٩٦: ٦) بأنه عجز في الانتباه مع حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول، ويظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فاعليته بأنها هادفة ومنتجة.

ويعرفه (علي، وبدر،١٩٩٩:٢٣) بأنه عدم قدرة الطفل على تركيز انتباهه والاحتفاظ به لفترة عند ممارسة النشاط مع عدم الاستقرار والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعله مندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق.

ويرى روس وروس (Ros and Ros) أن الطفل ذو النشاط الزائد هو الطفل الذي يكون مستوى نشاطهعالي ًا في المواقف التي لا تتطلب ذلك غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك لديه القدرة على أن يصدر استجاباته بسرعة أكثر من الطفل العادي. (السمادوني، ١٩٩٠: ٩٣٦)

ويعرف شيفر (١٩٨٩) النشاط الزائد بأنه حركات جسيمه تفوق الحد الطبيعي أو المقبول أنه متلازمة Syndrome مكون من مجموعة اضطرا بات سلوكية ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضويةمعاً". (الزغبي،٢٠٠١:١٩٦)

وأورد (عكاشة، ٢٠٠٣: ٧٥٩) أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتشابك بين مفرط النشاط وقليل التهذيب مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج، وتنتشر هذه الخصائص عبر مواقف عديدة وتكون ثابتة مع الوقت .

ويعرفه (القحطاني،٢٠٠٥:١٨)بأنه "عدم استطاعة الطفل تركيز انتباهه والاحتفاظ به فترة ممارسة الأنشطة مع عدم الاستقرار، والحركة الزائدة دون الهدوء أو الراحة مما يجعلهمندفعاً يستجيب للأشياء دون تفكير مسبق "

من خلال ما سبق عرضه من تعاريف لاضطراب " تشتت الانتباه والحركة الزائدة " يجد الباحث أنها تركز على النقاط التالية:

١. قلة مدى الانتباه والتركيز .
٢. فشل الطفل في إنهاء المهام التي يبدأها .
٣. سهولة تشتت الأفكار لدى الطفل المضطرب .
٤. عدم إجادة مهارة الاستماع .
٥. صعوبة كبيرة في التركيز على الأعمال التي تتطلبجهداً عقلياً .

ويجمع الباحثون على أنتشتت الانتباه و النشاط الزائد له خصائص أساسية تميزه عن الاضطرابات السلوكية الأخرى وهذه الخصائص هي:

- ارتفاع مستوى النشاط الحركي بصورة غير مقبولة.
- تشتت الانتباه وضعف التركيز.
- الاندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس .(الخشرمي،٢٠٠٤:٢٢)

أًسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد

تعددت أسباب اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد فقد أرجعها البعض إلى أسباب عصبية مثل الإصابة في المخ أو إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي أو إلى حدوث خلل في التوازن الكيميائي للدماغ أو أنها نتيجة إلى التأخر في النضج العصبي أو أسباب نفسية ، كما أن

البعض أرجعها إلى أسباب وراثية أو أسباب بيئية مثل الضوضاء والتلوث البيئي أو نتيجة تناول أطعمة معينة، وسوف يتناول هنا هذه الأسباب بشيء من التفصيل.

أ- الأسباب العضوية

من الشائع أن نرى أن هناك سمات معينه يمكن أن يتوارثها الأبناء عن الآباء وأن هذه السمات يتتابع ظهورها في أفراد العائلة جيلا بعد جيل، فمثلا (لون العينين، لون الشعر، الطول، نسبة الذكاء) هي سمات وراثية، وكذلك يتوارث الأبناء بعض الأمزجة التي تنزع إلي الظهور في أجيال متعاقبة بمعنى أن هذه الأمزجة تكون وراثية، فترى مثلا أطفال عصبيي المزاج بينما ترى أطفال هادئين واضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو أحد الاضطرابات التي يمكن أن تنتقل عن طريق الوراثة.(الخطيب،١٩٩٨:٥٦)

ويرى السيد وبدر (السيد وبدر ، ١٩٩٩: ١٤٠) أن العوامل الوراثية تلعبدور ًاهام ًا في الإصابة بهذا الاضطراب وذلك بطريقه مباشرة من خلال نقل المورثات (الجينات) التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه في المخ أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي بدورها إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ب- أسباب نفسية

إن تداخل اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مع غيره من الاضطرابات النفسية والسلوكية الأخرى مثل (القلق، الاكتئاب، واضطراب السلوك) يدلل على أن هناك أسباب نفسية كامنة وراء هذا الاضطراب و من العوامل النفسية التي تكمن وراء هذا الاضطراب ما يلي :

١. القلق: وهو كثير الحدوث ويتداخل مع اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد وهو ظاهر عند الأطفالذو ي الاضطراب حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.
٢. وجود الطفل في مؤسسات إصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحيانا على تكيفه وتوافقه مع الآخرين والذي يكونغالب ًاتكيف ًا غير سوي.
٣. الرفض المستمر للطفل وأشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمة الخاص ويحاول الانتقام من الآخرين.

٤. الإحباط الذي يتعرض له الطفل في التحصيل الدراسي حيث أن معظم الاضطراب يظهر عند من يتميزون بضعف الذكاء والذي يكونمتلازم ًا مع ضعف في التركيز وصعوبات تعليمية. (الزغبي،٢٠٠١:١٧١)

٥. التعزيز قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته، ففي مرحلة ما قبل المدرسة، يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه.

٦. المزاج: قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة، وخاصة عندما يمتعض الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء،فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض.

٧. النمذجة: أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل، وقد يعملان على تعزيزه. (يحيي،٢٠٠٠:١٨٤)

ج- العوامل البيئية

يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي، مما يزيد احتمال الإصابة به، حيث تصل نسبة ارتباطها بـ(٦%) من الحالات فيؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب، ومن هذه العوامل:

١. الضوضاء:

تمثل الضوضاء الوجه الأكثر إزعاجا لعلاقة الإنسان بالبيئة، حيث أن الصراع بين مثيرات الضوضاء المنبعثة من محيطنا، بما يحويه من مصانع ووسائل نقل ومكبرات صوت وازدحام السكان وبين الاحتفاظ بالتكوين العضوي والفردي للفرد متوازيا يؤدي إلى ما يسمي باستجابات التوتر التي تتزامن مع مجموعه من المتغيرات النفسية والاجتماعية،وتسلك الضوضاء طرقاً محددة فتثقل على الأعصاب وتثيرها وتؤثر في الانفعالات والسلوك، وعن علاقة الضوضاء باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد يرى(العتيق،٢٠٠٠: ١١٧) أن هناك دراسات عديدة أظهرت أن الضوضاء المرتفعة تؤدي إلى تشتت الانتباه وضعف التركيز وتشويش الذاكرة وتؤثر سلبا على الأداء العقلي والحركي للطفل ويرى أن معظم التفسيرات لتأثير الضوضاء على الانتباه تركز على خصائص الاستثارة والتشتيت للضوضاء.(كمال،٢٠٠٤:١٢٥)

٢. الإضاءة:

التعرض للإضاءة العادية(كالإضاءة المستخدمة في غرفة الصف) والإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز، قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا أو ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم، فينتج النشاط الزائد.(الخطيب،١٩٩٣)

د- أسباب غذائية

من الأسباب المحتملة للإصابة باضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تناول بعض الأطعمة وخصوصاً الأطعمة التي تحتوي على مضافات الطعام مثل مكسبات اللون والطعم والمواد الحافظة أو الأطعمة التي تحتوي على سكريات أو الأطعمة التي تسبب الحساسية في الجسم، وقد بينت الدراسات أن مضافات الطعام تؤدي إلى بعض التأثيرات السلوكية لدى بعض الأطفال.ووجدت دراسات أخرى أن أكثر من ١٠ % من الأطفال ذوي الاضطراب يظهرون تحسناً في سلوكهم عندما يتم استبدال طعامهم بأطعمة خالية من الأصباغ وأنه عند إعادة هذه الأصباغ إلى طعامهم يصبح سلوكهم أسوأ (عدم استقرار، الغضب، مشاكل في النوم)، وهناك بعض الأطفال يعانون من الحساسية لبعض الأطعمة الطبيعية ويظهرونأعراضاً تتوافق مع أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد مثل زيادة سرعة الغضب وزيادة السلوك السلبي. وقد لاحظ أطباء الحساسية أنه عندما تعالج الحساسية للأطعمة بحذف الأطعمة المؤذية فإن سلك الطفل يتحسن.وقد كشف ويندر (Wender، ١٩٨٦) في دراسته عن أن بعض المواد الكيميائية المضافة إلى الأغذية قد تسهم في إحداث اضطراب الانتباه مفرط النشاط وبين أن نسبة تتراوح مابين (٣٠%-٥٠%) من الأطفال مفرطي النشاط قد تحسنواسلوكياً عندما استبعدت هذه الإضافات من غذائهم.(العتيق،٢٠٠٠:١١٧)

هـ- الاضطراب سلوك متعلم:

يري بعض الباحثين أن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هو نوع من التكيف كما أنه سلوك متعلم ، ومن النظريات التي تبنت فكرة أن الاضطراب هو نوع من التكيف أي أنه التي نادى بها سيدنى زينتال (zentall) وقد اقترحت هذه النظرية أنه يوجد لكل كائن حي احتياج لمستوى مفضل من الإثارة وعندما لا يكون هذا المستوى من الإثارةموجوداً يحدث تغير في الانتباه والنشاط الزائد ، ويعمل هذا التغير كوظيفة للبحث عن مستوى أمثل للاستثارة بمعنى أن (تشتت

الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية) تكون بمثابة سلوك وظيفي يساعد الفرد للوصول إلى مستوى أمثل للاستثارة. حيث يتملكه شعور البحث عن نشاط ما أو مثير ما، ويمكن تطبيق هذه النظرية على الأطفال ذوى اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد بفرض أن الطفل المضطرب يكون تحت حالة الاستثارة بسهولة أكثر من الطفل العادي ومن أجل ذلك يبدي شوقاً أكثر للبحث عن النشاط ويكون أكثر سهولة للالتفات للمثيرات المختلفة (متشتت الانتباه).(الجبالي،٢٠٠٩: ١٨٦)

مظاهر وخصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد:

تعددت سمات ومظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد إلا أن كثيرا من الدراسات ركزت على ثلاثة أبعاد رئيسية لهذا الاضطراب وهي تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية ، أما السمات والمظاهر الأخرى فهي مظاهر ثانوية ناتجة عن المظاهر الرئيسية، وسوف يتناول الباحث هذه السمات والمظاهر فيما يلي بشيء من التفصيل:

١. سمات الطفل الذي يعاني من تشتت الانتباهو النشاط الزائد

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من بعض المشاكل الانتباهية مثل تشتت الانتباه، وقصر مدى الانتباه وعدم الاحتفاظ بالانتباه. وقد ذكر(اليامي،١٩٩٣: ٩٨) أوجه كثيرة من خصائص الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد الخاصة بتشتت الانتباه منها أنه يفشل في إعطاء انتباه كامل إلى تفاصيل الموقف،يعمل أخطاء طائشة في العمل المدرسي ،لدية صعوبة في الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهمات أو أنشطة اللعب.غالباً يبدو أنه لا ينصت عند الحديث إلية، لا يتبع التعليمات يفشل في إنهاء الأعمال المدرسية، لدية صعوبات في تنظيم الأنشطة والمهام. يتجنب المهام التي تتطلب جهد عقلي مثل الأعمال المدرسية والأعمال المنزلية. يفقد أشياء ضرورية يحتاجها في المهمات المدرسية (أقلامه وكتبة وأدواته المدرسية) سهولة تشتته بالمثيرات الغريبة، كثير النسيان.

ويرى (صبرة،١٩٩٤: ١١٢)أن تشتت الانتباه يعتبربعداً أو سمة من سمات اضطراب النشاط الزائد ويري أن هذا البعد يتمثل في المظاهر السلوكية الآتية:يعاني من صعوبة في التركيز، لا يستطيع كتابة ما يملي عليه، لا ينصت لما يقال إليه، يفقد وينسى الأشياء المهمة، يترك بعض الكلمات أو الحروف عند القراءة أو الكتابة، يعاني من ضعف في أداء الأعمال المدرسية.

وقد بينت دراسة (السمادوني،١٩٩٠: ٢٥١) أن الأطفال ذوي اضطراب النشاط الزائد يتميزون بوجود نقص في المهام الانتباهية السمعية والبصرية وأن أداء هؤلاء الأطفال ذوي الاضطراب يكون منخفضاً عن العاديين في تلك المهام وأن هذا العجز في الانتباه عند هؤلاء الأطفال يرجع إلى تركيز انتباههم للمثيرات التي ليست لها علاقة بالمهام.

٢. الاندفاعية

هي سلوك يتمثل في سرعة الاستجابة لمثيرات الموقف مع ارتكاب عدد كبير من الأخطاء، والاندفاعية هي أحد الأبعاد الرئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ويظهر ذلك من خلال الدراسات العديدة التي تناولت خصائص الأطفال ذوي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد ، فقد اعتبر (الشخص،١٩٨٤: ١٢١) الاندفاعية (عدم القدرة على ضبط النفس) أحد الأبعاد الأساسية في مقياسه عن الاضطراب وتمثل هذا البعد عنده في الصفات التالية: يندفع إلى السلوك دون حساب لما يترتب عليه من نتائج، إذا أعطي سؤالاً يندفع إلى الإجابة دون تفكير، إجابته تكون خاطئة،و غير مطيع.

كما أنه يجد صعوبة في انتظار دوره في الألعاب الرياضية ويجيب عن الأسئلة بدون استئذان أو في غير دورة، ويرى أن هناك مجموعة من المحددات تعتبر مؤشراً على الاندفاعية هي نقص المثابرة، تشتت الانتباه، نقص التنظيم، التسرع في اتخاذ القرار. (صبرة،١٩٩٤: ١٢٩)

٣. ضعف تقدير الذات

يعاني الطفل ذي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من الضعف في تقدير الذات والثقة بالنفس وينتج هذا الضعف في تقدير الذات من الإحباط والفشل الذي يتعرض له هذا الطفل في حياته المدرسية وفي البيت، فشعوره بأنه غير محبوب من والدية ومعلميه وزملاءه والانتقادات الشديدة التي يتعرض لها ومعاملة أقرانه له في المدرسة حيث يستثنى من اللعب وقد يتعرض إلى اللوم الشديد من المعلم باستمرار ويحثه على الاجتهاد ويشعره دائماً بنقصه وكذلك يجد أن أهله دائماً يبدون خيبة أملهم فيه وغضبهم منه ويعبرون باستمرار عن انزعاجهم منه. وكذلك تفضيل أهله لإخوته ومقارنته بهم يشعره بأن أهله يكرهونه وعندما يرى الطفل أن كل من حوله ينظر إليه على أنه غبي وكسول وغير محبوب وأنه فاشل في جميع المجالات فإن هذا يؤدي به إلى ذات

متهدمة ضعيفة وضعف شديد في الثقة بالنفس وشعور بالإحباط كل يؤدي إلى تدني تقدير الطفل لذاته، فتقدير الطفل لذاته ينبع من نظرة الناس إليه واستجابتهم إزائه. (الخشرمي،٢٠٠٤:٥٤)

٤. ضعف العلاقة مع الآخرين

يعاني الأطفالذو ي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من سلبية في العلاقة الاجتماعية سواء مع أقرانهم أو إخوانهم أو آباءهم أو معلميهم ، فالسلوك غير السوي الذي يقوم به هؤلاء الأطفال يؤدي إلى ضعف علاقتهم بالآخرين بسبب اندفاعهم وحركتهم الزائدة وعدوانيتهم.

وقد اعتبر (صبره، ١٩٩٤: ١٢٨)أن ضعف العلاقة مع الآخرين هو من السمات الثانوية للأطفالذو ي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد، وبين التحليل العاملي الذي أجراه في دراسته أن هذا العامل تشبع بمفردات مثل متحيز في أحكامه، يطرد من الفصل بسبب الشقاوة، متطفل يتدخل فيما لا يعنيه، عندما يغضب لا يستطيع ضبط نفسه ويتفوه بألفاظ نابية وهذه الصفات تجعل علاقة الطفل سلبية بالآخرين، وكذلك لا يهتم هؤلاء الأطفال بشعور الآخرين وأنهم يعانون من نقص في الشعور بالنتائج القريبة والبعيدة لسلوكهوا ٍن هؤلاء الأشخاص يسببون الذعر للأشخاص الذين يعيشون معهم أو يتعاملون معهم أو الذين يقومون برعايتهم أو معلميهم وهذا السلوكيات التي تميز هؤلاء الأطفال تؤدي إلى علاقة سالبة مع الآخرين وهذه العلاقة السالبة تؤدي إلى التباعد والنبذ من جانب المحيطين بهؤلاء الأطفال.

ويرى (الحامد ، ٢٠٠٢: ١٦) أنه بسبب اندفاعية الطفل المضطرب وتدخله يسبب له الخصومات مع أقرانه كما أن معارضته وعناده تفقده صفه الاجتماعية والاستمرار في الصداقة لذلك نراه سلبي في كسب صداقة الآخرين.

٥. العجز المعرفي

يعاني الأطفالذو ي اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد من العجز المعرفي نتيجة لتشتت انتباههم واندفاعيتهم وعدم تركيزهم وهذا ينعكس على تفكيرهم وأسلوبهم في حل المشكلات ويؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي لديهم.

وقد أشارت دراسات عديدة الى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عجز في الوظائف التنفيذية والذاكرة العاملة وصعوبات في مهارات القراءة (النطق ، الفهم القرائي)، وجود تأثير سلبي

لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد على التحصيل الدراسي العلمي لهؤلاء الأطفال المصابين به، وبالتالي يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائهم المدرسي. (الحامد،٢٠٠٢:١٠٩)

كما أشارت دراسة (عجلان، وطنطاوي،١٩٩٥:١٣٠) إلى وجود مشاكل أكاديمية عند الأطفال ذو ي اضطراب (ADHD) وخاصة في القراءة والكتابة والحساب،وكذلك وجود عجز في الفهم الاستماعي عند الأطفالذو ي اضطراب وأنهم يتميزون بضعف الذاكرة العاملة اللفظية والمكانية ورأت أن هذا يؤثر على التحصيل الدراسي.

يري الباحث من العرض السابق لسمات ومظاهر اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أن هذه المظاهر (السمات) عديدة ومتنوعة، إلا أن معظم الدراسات اتفقت على ثلاثة أبعاد رئيسية لاضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد هي (تشتت الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية).

كما يرى الباحث أن الدراسات التي تناولت مظاهر اضطراب(ADHD) مثل ضعف العلاقة بالآخرين والعجز المعرفي وضعف تقدير الذات قد اعتبرتها مظاهر ثانوية للاضطراب وأنها تأتي نتيجة للأعراض الجوهرية الرئيسية الثلاثة وان السمات الفرعية تأتي كأعراض ثانوية لهذا الاضطراب.

علاج اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد

إذا كانت أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد تشمل جميع نواحي السلوك سواء كان سلوكا اجتماعيا أو تعليميا أو انفعاليا مما يؤثر على حياة الطفل الحالية والمستقبلية، لذلك فإنه يصبح لزاما علينا البحث عن طرق علاجية للتخفيف من حدة أعراض اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد أو إزالتها.

وفي الوقت الحاضر فإنو علاج اضطرابات الانتباه علاج متعدد الأشكال ويعرف هذا النوع من العلاج بأنه تقييم منظم للأفراد من منظور متعدد الأبعاد فلابد وأن يقابل العلاج الحاجات الفردية لكل طفل ولكل أسرة، ويتضمن كذلك تقديم الخدمات خلال الموقف الإكلينيكي (مصطفي،٢٠٠١:٢٥٣). ولذا فسيتم التدخل العلاجي لاضطرابات الانتباه باستخدام عدة مداخل علاجية لهذا الاضطراب نذكر منها العلاج الطبي، والعلاج النفسي والعلاجالأسر ي والعلاج التربوي. وسوف نقدم عرضنا لكل منها فيما يلي:

١. العلاج الطبي

تستخدم العقاقير الطبية كمنبهات للجهاز العصبي المركزي خاصة " الدكستروامفستامين" ويعرف تجاريـاً باسم الدكسدرين ، و" المثيل فينيدان" ويعرفـتجاريـاً باسم ريتالين ، وتؤدي هذه العقاقير إلى خفض حدة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط ، ويظهر ذلك من خلال قياسات الآباء والمعلمين والتحسن الأكاديمي الملحوظ ، ولكن نجد أن لهآثاراً جانبية تمنع استخدامها على المدى البعيد حيث تعوق النمو الطبيعي للطول والوزن بالإضافة إلى إنها تؤدي إلى نقص في الوظائف المعرفية(محمود، ١٩٩٢:٥٣)، كما يصعب الحصول على هذه العقاقير المنشطة لوضعها ضمن جدول المخدرات ، كما إن من أثارها الجانبية اضطراب النوم ، وفقدان الشهية ، ونقص النمو ، والتوتر لذا يمكن استبدالها (العقاقير المنشطة) بمنبهات قشرة المخ الطبيعية مثل الشاي والقهوة لوجود مادة الكافيين فيها التي تنشط قشرة المخ وحتى لا ينظر الطفل إلى نفسه على أنه مريض ويتعاطى علاج (حمودة ، ١٩٩٨: ٢٠٧)

ولهذا لم يعد الاختيار الطبي هو الاختيار الأمثل للعلاج ، فعلماء النفس يفضلون تغيير السلوك باستخدام مبادئ التعلم المتكاملة لتقليل احتمالات التشتت ويتم هذا من خلال تهيئة المهام التعليمية بطريقة تضمن استمرارية انتباه الطفل واهتمامه (محمود، ١٩٩٢:٥٣)

٢. العلاج الغذائي

يعتمد التدخل الغذائي في علاج اضطرابات الانتباه على وجود علاقة إيجابية بين الحساسية للتغذية واضطراب فرط النشاط لدى الأطفال ، فتناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات تزيد من الاضطراب. (على، وبدرة،١٩٩٩:٨٨)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتباط التغذية بمشكلات اضطرابات الانتباه، والتي حددتها (الخشرمي،٢٠٠٤ : ٧٩) في عدة أشياء منها: الصبغات المضافة على الأطعمة ، والتعرض للتلوث البيئي ، والكافيين الموجود في الشيكولاتة، والقهوة والمشروبات الغازية ، وبعض العصائر المسكرة ، والألوان الصناعية في الأطعمة والعصائر، ولذلك من الضروري أن يتجنب الوالدين تناول أبنائهم لمثل هذه الأشياء مع التركيز على الواجبات الغذائية المتكاملة والمتوازنة والتي يتم إعدادها في المنزل.

٣. العلاج التربوي

يعاني الأطفالذو ي اضطرابات الانتباه من بعض صعوبات التعلم والتي إما أن تكونسببا ً أو نتيجة لهذا الاضطراب ، ولذا أكد كل من(علي، وبدرة،١٩٩٩:٨٨)، و(الخشرمي،٢٠٠٤ : ٧٩) على أهمية التدخل بالتدريس العلاجي و يتطلب ما يلي :

أ- أن تكون حجرة الدراسة مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعهابعيدا ً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب.

ب- أن تكون حجرة الدراسة جيدة الإضاءة والتهوية وأثاثها يريح الطفل في جلسته ليقلل من تململه وكثرة حركته البدنية.

ج- أن تخلو حجرة الدراسة من اللوحات التي تعلق على جدران الفصل وغيرها من الأشياء التي قد تؤدي إلى تشتت الانتباه البصري لدى الطفل .

د- أن يتم التدريس لهذا الطفل بطريقة فردية عن طريق معلم متفهم طبيعة اضطراب الطفل وخصائصه ليقوم بتنوع المواقف التعليمية لمنع الملل وجعل الموقف التعليمي أكثر إثارة وتشويقا ً ٠

هـ- ألا يكثر المعلم من نقد الطفل لأن ذلك يقابل بالعناد والسلوك العدواني ، بينما التفاعل الإيجابي يساعد على تكوين مفهوم إيجابي للذات ينعكس على التحصيل.

و- يتم تشكيل فريق عمل علاجي من المعلم، والأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي والزائرة الصحية وتزويدهم بالمعلومات عن طبيعة وماهية وأعراض وكيفيه علاج هذا الاضطراب لمتابعة الطفل وأن يكون هذا الفريق على اتصال بأسرة هذا الطفل لإمدادهم بالمعلومات والإرشادات لمتابعة سلوك الطفل في البيئة المنزلية ٠ واستخدم(الموافي، ١٩٩٥) أسلوبي التعاقد التبادلي، والتدريس الملطف لخفض النشاط الزائد لدى (٦٦)طفلاً تم اختيارهم من خلال قائمة تقدير المعلمة للنشاط الزائد ، وبتوزيعهم على مجموعتين تجر يبيتين، ومجموعة ضابطة أظهرت النتائج فاعلية كل من أسلوبي التعاقد التبادلي والتدريس الملطف في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال ، وكذلك زيادة فاعلية أسلوب التدريس الملطف مقارنة بأسلوب التعاقد التبادلي.

٤. العلاج النفسي

يعد من أكثر أنواع العلاج فائدة خاصة على المدى البعيد، حيث إنه يسمح للطفل بإقامة علاقة إيجابية مع المعالج يجعله يفهم الصعوبات التي يلاقيها الطفل ويحاول الوصول إلى حلول له (حمودة ، ١٩٩٨:٢٠٧) ، و(مصطفى،٢٠٠١:٢٥٤) ولذا فلابد أن يصاحب العلاج الطبي مساعدات نفسية لإعطاء الطفل مضطرب الانتباه والنشاط الزائد فرصة ليكتشف معنى الدواء بالنسبة له ، ويعرف أن الدواء مجرد مساعد حتى يقلل من قلقه ومن ثم يجب أن يضع الوالدين والمعلميننظام ًامعيذ ًا للثواب والعقاب لتعديل الجوانب المزاجية والانفعالية لدى الطفل وأن يواجهوا الجوانب الطبيعية للنضج ويشبعوا الحاجات النفسية للأطفال لاكتساب القيم وتكوين أنا أعلى طبيعي قابل للتكيف. (شقير ، ١٩٩٩:٣٦) ومن أساليب العلاج النفسي ما يلي:

أ. العلاج السلوكي

يعتمد هذا العلاج على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف العلاج السلوكي إلى إزالة السلوك الخاطئوا ٍعادة التعلم والتكيف. (الحفني ، ١٩٩٤٠ :٩٣)

ولذا يرى السلوكيون أن اضطراب الانتباه ناتج عن أربعة عوامل هي الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه ، وتعلم أساليب سلوكية غير مناسبة ، ومواجهه الفرد مواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب ، وربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثاره الاستجابة. (شقير ، ١٩٩٩: ٣٧)

وغالب ًا يستخدم أسلوب التدعيم الإيجابي ويعني مكافأة الطفل بعد قيامه بالسلوك المرغوب الذي يتدرب عليه ، وقد يكون التدعيم ماديا عن طريق النقود أو الحلوى وقد يكونمعنوي ًا بتقبيل الطفل أو مداعبته أو مدحه أو بعبارات شكر (علي، وبدر ، ١٩٩٩) ، كما يستخدم في العلاج السلوكي أساليب التدريب على التحكم في الذات وتنميه ملاحظة الطفل لنفسه وسلوكياته والتدريب على الاسترخاء وما إلى ذلك من وسائل الضبط الذاتي. (مصطفى ، ٢٠٠١:٢٥٩)

فقد هدفت دارسة (القحطاني،٢٠٠٥) إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال المتخلفينعقلي ًا القابلين للتعلم ، وتكونت العينة من (٨) أطفال

تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، وطبق عليهم قائمة تقدير اضطراب تشتت الانتباه ومقياس النشاط الزائد ، ومقياس السلوك الانتباهي ، والبرنامج السلوكيالتعزيز ي، والنمذجة، والمناقشة، وأداء الأدوار، والتلقين، وتكلفة الاستجابة، والاقتصادالرمز ي، وأظهرت النتائج وجود تحسن في أداء المجموعة التجريبية مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في خفض اضطرابات الانتباه.

ب. العلاج السلوكي المعرفي

العلاج المعرفي من الطرق الحديثة في علاج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية وهو يقوم على أساس من علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل (الإحساس، الإدراك، الذاكرة، اللغة، التفكير). ويركز العلاج المعرفي على العمليات العقلية حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لهذا الحادث، وعلى سبيل المثال فإن الأفراد يعايشون مأساة نفسية (حزن نفسي) عندما يدركون موقفا ما على أنه مهدد لمصالحهم الحيوية، وفي مثل هذه الحالات فإن إدراكاتهم وتفسيراتهم للأحداث تعتبر ذات انتقائية عالية ومتمركزة حول الذات ومتشددة ولهذا ينتج تصور وظيفي في النشاط المعرفي المعتاد وتكون هناك قدرة منخفضة على إغلاق أو وقف التفكير الخاص والتركيز والاسترجاع والتعليل كما لو أن الوظائف التصحيحية التي تسمح باختبار الواقع وتصحيح التصورات العامة يعتريها الوهن (الشناوي،١٩٩٦:٤١٢)

ويستخدم العلاج المعرفي التدخل المعرفي في إحداث تغيير في التفكير والشعور والسلوك ، إنه يهتم بكلٍّ من البيئة الخارجية والعمليات الداخلية عند الفرد وفي العلاج المعرفي يكون المعالج إما مرشداً أومشخصاً أومعلماً.وكمرشد يعمل المعالج على تزويد الطفل بأفكار يعمل الطفل على تجريبها وتساعده هذه الأفكار أثناء خبراته وترتقي بمستواه في حل المشكلات، وكمشخص يقوم المعالج بجمع بيانات متنوعة ويدمجها لتحديد ما هو أفضل للطفل على أساس أوضاعه الحالية، وكمعلم يشترك مع الطفل للتأثير عليه للتفكير في نفسه ويبني فيه قوة الشخصية ويكسبه مهارات معرفية ومهارات ضبط سلوكه.كما أن العلاج المعرفي يعمل على تغيير السلوك وتقييم النتائج على أساس هذا التغير ويدمج إجراءات التغير في الإدراك مع التعامل مع السلوك الطارئ ويتم تصميم الخبرة التعليمية لتعمل على علاج العجز في العمليات المعرفية.(القحطان ،٢٠٠٥: ٥٦)

ومن الأساليب المعرفية المستخدمة "التعلم بالنمذجة" وذلك من خلال نماذج سلوكية تقدم للطفل في صورة تمثيلية، وقد بينت نتائج العديد من الدراسات تأثير التعلم بالنمذجة في خفض أعراض اضطراب(ADHD) منها دراسة قام بها (أبو مصطفى والنجار، ٢٠٠٢ :١١٩) أثر برنامج علاجي يعتمد على فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد عند الأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم، وقد بينت نتائج الدراسة أنه توجد فروق دالةإحصائياً في درجات الأطفال قبل الانتظام في البرنامج العلاجي وبعده في مقياس النشاط الزائد المستخدم.

٥. العلاج باللعب

اللعب هو النشاط الذي يطغى على المرحلة السنية للطفل في طفولته المبكرة فيكون له تأثير ملحوظ عليه من الناحية النفسية، ويعد العلاج باللعب احد الأساليب المهمة في تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال المضطربين نفسيا حيث يعمل اللعب على التنفيس الانفعالي أو تنفيس الطاقة الزائدة وتعليم السلوك المرغوب. وقد وجدت دراسة قامت بها (عبد الحافظ، ٢٠٠٢) فروق داله إحصائياً بين متوسطات درجات النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد إجراء التجربة مما يدل على اثر العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد عند الأطفال. (القحطاني،٢٠٠٥:٨٦)

٦. العلاج الأسري

إن التفاعلات الأسرية ونظرة الأسرة للطفل وموقفها منه تعد من أهم الأسباب لمعاناة الأطفال من اضطرابات الانتباه ولذا يهدف العلاج النفسي للأسرة لإزالة الإحباط الأسري بين أفرادها وتهدئة الصراعات القائمة بينهم أو علاج بعض أفرادها علاجاً نفسياً فردياً إذا لزم الأمر ، كما يلزم إعادة ترتيب الجو المنزلي بحيث لا يكون مثيراً جداً أو مغلق ومقبض جداً لأن الطفل يحتاج إلى هدوء ونظام مع ضرورة توجيه الوالدين إلى عدم استخدام العقاقير كعلاج وحيد لأي اضطراب في سلوك أبنائهم. (حمودة،١٩٩٨:٢٠٩)

القلق النفسي

مقدمة:

يعد الشعور بالقلقأمراً طبيعياً إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه، ولكن قد ينتاب الفرد قلقاً دون سبب محدد يتملك كيانه ويشل أدائه وتفكيره، مما يشكل لديهاضطراباً " يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسيةشيوعاً في أي مجتمع، والبعض يقول إن الحضارة الحديثة مسئولة عن كثرة حالات الإصابة به " وهو أساس لكل الاختلالات الشخصية واضطرابات السلوك (كمال،٢٠٠٥: ٥٤)

ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالماضي، حيث الطفولة بأحداثها، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالحاضر كضغوطه ومشكلاته، ونحن قلقون لأسباب تتعلق بالمستقبل وتغيراته المتلاحقة التي تفوق قدراتنا على التنبؤ، ومن ثم التهيؤ والاستعداد، وعندما يقلق الإنسان يتوتر ويود لو أنه استطاع أن يصرخ ويبكي طلما استحال عليه أن يزيل هذا القلق، أو يخفضه. (الكبير،٢٠٠٢:٥٣).

والقلق مفهوم رئيسي في علم النفس المرضي والطبيب النفسي يعرف أنه العرض الرئيسي الدال على الاضطراب العصابي، وهو متغير أساسي في كثير من البحوث والدراسات التي أجريت من قبل علماء النفس التجريبي وأصحاب نظريات التعلم، ومع ذلك فإن التراث السيكولوجي زاخر بمجموعة كبيرة من المصطلحات مختلفة الإشارة إلى مفهوم القلق ذاته. (محمد،٢٠٠٤:٢٤٢)

مفهوم القلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كمرض مستقل، ولكن عكاشة يقول بأنه "شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. (عكاشة،٢٠٠٣:١٣٤).

والقلق بصفة عامة: خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلق، الغثيان، عدم القدرة على النوم، وقد تصاحب القلق توتر عضلي وازدياد في النشاط الحركي، عدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة. (بلان،٢٠٠٩:٢١)

ولقد عرفته (بخش،٢٠٠٤: ١٤) بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف.

لكن يعرفه (محمد، ٢٠٠٤: ٢٤٢) كخبرة ذاتية يتميز بها مشاعر الخوف من شر مرتقب، والشك والعجز والمشاعر التي تتعلق بخطر خارجي حقيقي، بالإضافة إلى الوعي الذاتي لعديد من المتغيرات الفسيولوجية، تتضمن هذه التغيرات توترا متزايدا في العضلات الخارجية في الهيكل العظمي كالتيبس أو التصلب و الارتعاش والوهن، وتقلب الصوت، وعدم استقراره.

وتعرفه(البشر ،٢٠٠٥: ١٨) كحالة: عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديدا في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي، وتتوتر عضلاته، ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد.

ويضيفا كلا من (شحادة والنجار، ٢٠٠٣: ٢٣٩) ويعرفانه بأنه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل .

ويعرفه (موسى، ٢٠٠٠: ٤٩) بأنه حالة من الخوف الدائم غير معروف السبب والحدود، يؤدي إلى حدوث استجابات سلوكية وفسيولوجية تؤثر في النشاط العام للفرد .

واعتبره (كفافي، ١٩٩٠: ٣٤٢) القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية وهو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو تلقى إهانة أو أُحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد، ويمتد في نشأته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها أثناء التنشئة الاجتماعية .

ويذكر (زهران، ١٩٩٥: ٤٧٨) بأنه مركب انفعالي من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر والتوتر والانقباض .

ويمثل في رأي كل من (شيفر وميلمان،١٩٨٩: ١١٣) حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والأطفال الذين يعانون منه في الغالب أقل شعبية ومرونة وإبداع بين أقرانهم، وهم أكثر قابلية للإيحاء والتردد والحذر والجمود والفقر النسبي لمفهوم الذات، ويعتمدون على الراشدين اعتماداً زائداً ولا يعبرون عن غضبهم من الآخرين بحرية،

ويؤدي في الغالب إلى حلقة مفرغة حيث يزداد مستوى التوتر واحتمالات إنكار الحقائق غير المريحة، وفي فترة المراهقة وتؤدي مشكلات الهوية إلى كثير منه .

ويعرف الباحث القلق إجرائيا بأنه: حالة توتر شامل تتميز بالضيق وفقدان الأمن وتوقع خطر غير محدد يقف المرء أمامهعاجز ًا عن التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويصاحب ذلك أعراض جسمية ونفسية.

أسباب القلق:

١. الاستعداد النفسي:كالشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.
٢. مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والحضارية الحديثة.
٣. عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.
٤. التعرض للخبرات الحادة (عاطفيا- تربويا- واقتصاديا) كذلك الخبرات الجنسية الصادمة، خاصة في الطفولة والمراهقة.
٥. الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين أو المعلمين أو الأقارب وخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة.
٦. ربط بعض العلماء، ومنهم (فرويد) بين القلق و إعاقة الليبدو، من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة أوديب أو عقدة الكترا وعقدة الإخصاء غير المحلولة.
٧. الاستعداد الوراثي: وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية فلقد أثبتت دراسات التوائم المتشابهة عن مشابهة الجهاز العصبي اللاإرادي، واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥% من آباء و إخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض، وقد وجد (سليتر وشيلدز)١٩٦٢،١٩٦٦ أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠% و أن حوالي ١٥%يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت النسبة في التوائم غير المتشابهة، فوصلت إلى ٤% فقط، أما سمات القلق فظهرت في ١٣% من الحالات، ولذا فالوراثة تلعب دورا هاما في الاستعداد للمرض، وتزيد نسبة أعراض القلق في النساء عنها في الرجال، والقلق من أكثر الأمراض شيوعا في العالم بأجمعه. (محمد،٢٠٠٤:٢٤٤)

وقد وجد (عكاشة،٢٠٠٣:١٣٨٧) أن حوالي ٢٠% من جميع المرضى المترددين في عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي، وهي أعلى نسبة بالنسبة لجميع الأمراض المختلفة النفسية والعقلية، وتبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة أن نسبة انتشار أمراض القلق كلها بين مجموع الشعب تصل إلى ٨-١٤%، وللسن تأثير على القلق، حيث يزيد مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك مع ضموره في المراهقة.

وما أشد تأثير القلق على سلوك الأطفال الصم، فالتهديدات التي تحيط بهم لقصور اتصالهم مع العالم من حولهم كثيرة ومتعددة، حيث يمكن أن يشكل انفصالهم الجزئي عن العالم واتصالهم المنقوص بالبيئة حافزاً شديداً لظهور هذا الاضطراب لديهم، سواء كان من الشدة بمكان ليصبح اضطراباً أو يهدد لحظات من حياتهم ليتمكنوا بعدها من استعادة نشاطهم ودافعيتهم لمقاومته.

أعراض القلق النفسي:

أما أعراضه عند (آدم، ٢٠٠٣: ٢٩٣) فضمت كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور الطفل بالخطر من تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة . وسنفصل في هذه الأعراض على النحو التالي:

أ- أعراض القلق بشكل عام: يعرف القلق بأن تكون أعراضه سائدة، وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة، ويكون مصحوبا بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات، مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق، الارتعاش و اضطرابات المعدة، والشعور بالافتقار لمزيد من الهواء في الرئتين و آلام في الصدر(محمد،٢٠٠٤:٢١).

وأعراض القلق النفسي بشكل عام التوتر العام، والقلق على الصحة والعمل، وعدم الاستقرار والخوف، حيث يكون الفرد خائفا، ولكنه لا يعرف مصدر الخوف، ويكون متوقعا لحدوث شيء ما دون أن يعرف ما هو هذا الشيء، هذا إلى جانب الشك والتردد والاكتئاب، والضيق وترقب المستقبل، بالإضافة إلى توهم المرض، وبطبيعة الحال فإن هذه الأعراض تؤدي إلى تدهور قدرة

الفرد على الإنجاز والعمل، كما تؤثر على توافقه الاجتماعي و المهني والأسري. (بخش، ١٦:٢٠٠٤)

ب- الأعراض النفسية للقلق:

الخوف والتوتر والتهيج العصبي، وعدم القدرة على التركيز، وفقد الشهية للطعام، وشرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة والمهدئة(عكاشة،٢٠٠٣:١٤٤).

ج- الأعراض السريرية للقلق:

١. الخوف الهائم المبهم الذي لا مصدر له ولا مبرر ولا تفسير له.
٢. صداع وتوتر وغالبا ما يكن موضع الصداع مؤخرة الرأس، وقد يصحب ذلك شعور الفرد بالدوار وعدم التوازن، ويدعى هذا الصداع Tension Headache
٣. الفرد القلق حساس جدا أو يهيج بسرعة و لأتفه الأسباب، وربما ينفزع جدا من الأصوات والضوضاء والأضواء الساطعة.
٤. الخوف من الجنون خاصة عندما تكون حالة المريض مصحوبة بأعراض العصاب القهري.
٥. ضعف عام في الجسم، وشعور بضيق بالصدر، وزيادة في عدد مرات التنفس وعمقه مع شعور بالاختناق.
٦. صعوبة في التركيز أو فترات نسيان يتوهم المريض أنها بداية الخرف.
٧. ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في عدد ضربات القلب.
٨. الزيادة في عدد مرات التبول أو إفراز السكر في البول، ولعل ذلك يفسر علاقة التبول السكري بالحالات النفسية
٩. اضطراب في النوم يمتاز بصعوبة في النوم في ساعات الليل الأولى، وتتخلل النوم أحلام مزعجة.
١٠.تيبس في الفم والبلعوم مع صعوبة في البلع وتعسر الهضم.

وفي الحقيقة أن للقلق مجموعة من الأعراض الفسيولوجية التي تميزه، وتدفعنا للاستدلال عليه من خلال هذه الأعراض التي يمكننا ملاحظتها عند الكشف على المريض، وهذه الأعراض لا تحدث جميعها في وقت واحد، كما وأنها إذا وجدت فإنها لا تكون لدرجة واحدة، أي أن الاختلاف ليس

في المنحى ولكنه في الدرجة التي تعتمد على نوع الموقع وشدة الباعث على القلق(أبو الخير، ٧٦:٢٠٠١).

د- الأعراض الجسمية للقلق:

تصبب العرق وارتعاش اليدين،وارتفاع ضغط الدم وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، والدوار و الغثيان، والقيء وزيادة عدد مرات الإخراج، وفقد الشهية وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق، واضطراب التنفس ونوبات التنهد والشعور بالضيق في الصدر، والتعب والصداع المستمر والأزمات العصبية مثل مص الأصابع، وهز الكتفين... الخ(بخش،١٧:٢٠٠٤)

أنواع القلق:

حدد(بلان٢٥:٢٠٠٩)، ثلاثة أنواع للقلق كالتالي:

١. القلق المطلوب: ليس كل قلق يعتبر سيء،بل هناك قلق طبيعي، فالإنسان لا بد لأن يكون قلقا من سقوطه من أعلى مبنى أو مرتفع، أو المشي في شارع تجوبه السيارات السريعة، أو من قبول العمل عند الله... فهذا القلق طبيعي.
٢. القلق المقبول: هناك قلق يعتري جميع الناس من الحروب أو القلق على صديق مسافر أو ولد مريض ، فهذا مقبول ما لم يصل حد التأثير المستمر على دورة الحياة.
٣. القلق المرفوض:هو الهم على الحاضر، والخوف الدائم على المستقبل، فهذا إذا طغى أصبح مرفوضا، ومنه الوساوس المستمرة في عقل الإنسان.

وهناك أنواع أخرى للقلق نذكرها كالتالي:

١. القلق الظاهر: يقصد به بصورة أساسية وجود علاقات فسيولوجية مميزة مع وجود سلوك التجنب والتفادي، كذلك أنه القلق الذي يمكن للآخرين إدراكه.
٢. القلق الخفي الكامل: وهو القلق غير الفعال أو غير القائم بالفعل، ولكن إذا قوبل بالقلق الظاهر فإنه يحمل دلالات القلق، أي أن عملي، وقائم بالفعل، ولكنه إذا قوبل بالقلق انفعالا وا ٕلا أنه من المستحيل بالنسبة له أن يكون فعالا وقائما بالفعل، ولا يمكن أن يرى أو يجرب.

٣. القلق الواعي والقلق غير الواعي: حيث يصنف الإكلينيكيون القلق غالبا على إنه واع أو غير واع، ويتركز اهتمام واضعي هذين المصطلحين في الجانب الذاتي من مظاهر القلق، ويترادف الوعي بمعناه مع القدرة على التعبير عن الشيء الوصفي، ووصفه بالألفاظ، وبناءً عليه فإن القلق الواعي يثير القلق غير الواعي للاستجابة الفسيولوجية أو السلوكية، إحداهما أو كليهما المميزة له في غياب التقدير الذاتي.

٤. القلق الحاد: يحدث في القلق الحاد نوبات فجائية في الأعراض الحادة التي تسيطر على المريض لعدة دقائق في المرة الواحدة تبعث فيه حالة من الرعب المرضي، يقولون أنه أكثر إيلاما من أية حالة جسمانية حادة.

٥. القلق المزمن: يحتوي على أعراض أقل حدة، وقد يكون الشكلان من المعوقات مما تجعل المريض يسعى لمساعدة الطبيب(محمد:٢٠٠٤:٢٤٣).

العوامل الهامة التي تحسن مصير المرض الآتي:

١. تاريخ عائلي سوي، مع اختفاء العصابية في العائلة.
٢. شخصية متكاملة ثابتة وسوية قبل المرض.
٣. عدم تعرض المريض لاضطرابات نفسية سابقة قبل مرضه الحالي.
٤. حدة بدء المرض، أي أن الأعراض بدأت فجأة.
٥. ذكاء فوق المتوسط.

العوامل التي تسيء لمصير المرض فهي:

١. تاريخ عائلي واضح للمصاب، مع شخصية عصابية معرضة لنوبات متكررة من الاضطرابات النفسية.
٢. زحف المرض ببطء على المريض.
٣. طول مدة المرض، فكلما زادت مدة الأعراض قل الأمل في الشفاء.
٤. بعض الأعراض الاكلينيكية مثل توهم العلل البدنية، واختلال الآنية، والأعراض القهرية المتعددة، وأعراض الهستيريا الانشقاقية، وحالات المخاوف المرضية الشديدة (عكاشة٢٠٠٣:١٤٨).

علاج القلق:

يتوزع علاج حالات القلق كما هو الحال في علاج الأمراض النفسية، وسنوردها بشكل بسيط كالتالي:

١. العلاج النفسي:

لقد اتفق علماء الصحة النفسية على حقيقة هامة في العلاج النفسي وهي أن الطريق غير المباشر في العلاج أفضل بكثير من الطريق المباشر، سواء قام أحد بمهمة العلاج أم قام الشخص نفسه بعلاج نفسه، فإن الطريق المباشر والمفضل إلى العلاج الناجح والسريع هو الطريق غير المباشر(محمد،٢٠٠٤:٢٥١).

أما عكاشة فقد كان له رأي مخالف حيث يتم إتباع العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير، والتشجيع، والإيحاء، و التوجيه، والاستماع إلى صراعات المريض، أما التحليل النفسي فيحتاج لكثير من الجهد والمال، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة التي يتطلب علاجها التضحية بالوقت والمال(عكاشة:٢٠٠٣:١٤٩).

٢. **الإرشاد النفسي:**

ويشمل الإرشاد العلاجي والإرشاد الزواجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها. (زهران،١٩٩٧:٤٨٨)

٣. **العلاج الاجتماعي:**

بعد دراسة حالة المريض وظروفه الحياتية المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت، و يمكن تلافي تلك المصادر بتغيير الوضع الأسري والمحيط الاجتماعي، أوظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يسيء إلى صفاء وطمأنة المريض. (أبو الخير،٢٠٠١:٧٧)

٤. **العلاج الجشتالطي:**

ويركز هذا العلاج على خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته، باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض على مقعد و أمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه، ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك فنية الاسترخاء، والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد، وغير ذلك من الفنيات المختلفة. (داود وآخرون،١٩٩٢:٢٩١)

٥. الإعادة الحيوية:

وهي محاولة مواجهة المريض بالعمليات الفسيولوجية والحشوية عن طريق أجهزة الكترونية خاصة، تجعله يسمع تقلصات العضلات أو نبضات القلب، أو يقاس ضغط الدم، بل ويرى المؤشر أمامه منبئا بحالته المرضية، ومن خلال الإبصار والسمع، يستطيع شعوريا الوصول لحالة الاسترخاء المطلوبة للشفاء. (عكاشة،٢٠٠٣:١٥١)

الاكتئاب

مقدمة:

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة لحياة الإنسان، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والكدر (مما يدل على سلامة بناؤه النفسي)، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطاً كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلازمه إلى حد كبير وفي أسوأ الأحوال مرضاً لا ينفك عنه بسهولة فيودي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضاً لاضطرابات انفعالية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول غالبية الناس بالمراهقين، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئاً مما يتعلق به.

ولأهميته وأثر ه على سلوك الأطفال وجد بين هذه الأبعاد، وذلك محاولة للكشف عن مدى ظهوره لدى الأطفال الصم ، وخاصة في ظل الضغوط والصراعات المحيطة بهم، وما إن كان ذا أثر فعلي على توافقهم الأسري أم لا، وستتناول هذه الزاوية عرضاً لبعض ما تناوله الباحثين عنه ؛ لوضع تصور ميسر له ولجوانبه المختلفة ..

مفهوم الاكتئاب

يعرفه (مراد، ٢٠٠٤: ٥) بأنه حالة من الحزن والهم ينسحب معها الفرح والسرور تدريجياً ويصيب الفكر حالة من البلادة والسكون ويقل النشاط والحيوية ويبعد الإنسان عن المجتمع والناس .

وفي نفس الاتجاه أشار (الخطيب، ٢٠٠٤: ٥٧٤) إلى أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي ؛ لتراكم العديد من الاضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته وا إحساسه بالعجز والتشاؤم .

وعرفه (ملحم،234:2001) بأنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن و التشائم، وغالباً ما يشعر بالذنب والعار كما يقلل شخص من ذاته.

ويقول(العيسوي،149:1990) أنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة أو بانعدام القيمة.

ويشير (محمد، 146:2005) أن الاكتئاب مرض نفسي يصيب الشخصية وهو حالة نفسية لها تعبيراتها الخارجية المتعددة التي يضمنها العبوس، فإلي جانب ارتسام علامات الحزن والأسى على محيا المكتئب فإنه يرفض العالم الخارجي ولا يستطيع أن يتعامل بنجاح مع الآخرين.

ويعرف دسوقي الاكتئاب علي أنه: "اتجاه انفعالي ينطوي علي شعور متطرف بعدم الكفاية وفقدان الأمل، يصحبه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي، وتكدر واغتمام وتشاؤم من المستقبل ، والحط من قدر النفس، وتوهمات وعدم كفاية وفقدان للأمل ويشعر الفرد أيضا بالتعب وبفقدان الطاقة بانعدام القيمة، وبنقصان القدرة علي التفكير أو التركيز"(البشر، ٢٠٠٥: ٤٠٥). في حين أوضح (ثابت، ١٩٩٨: ٥٢)أنه عبارة عن اضطرابات تتميز بنقص مستمر في الوجدان وانعدام الشعور بالفرح واللذة في الحياة .

ويؤكد (زهران،514:1997) أن الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقودوا إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

أما الباحث فيرى أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي الذي يكون مرتبط بخبرة ذاتيه وجدانية والتي تظهر على الإنسان المريض بصورة أعراض سلوكية وانفعالية وفسيولوجية من انكسار النفس والكآبة والشعور بالذنب والقلق.

الاكتئاب عند الأطفال

واكتئاب الأطفال Anactitic Depression في رأي (العيسوي، ٢٠٠٠ :٦٢) نوع من الاكتئاب العصابي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع والتأييد العاطفي. وبالنسبة لأعراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى إن من يعاني من خمس من أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) اعتبر مكتئباً وهي تغير في المزاج العام

للأسوأ، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، قلة النشاط والحركة، نقص أو زيادة واضحة للوزن، اضطراب النوم، الهياج أو الهدوء النفسي والحركي، الشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل، الإحساس بالسوء وعدم الراحة والقلق وزيادة الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك، قلة الرغبة في التفكير أو التركيز بصورة مستمرة توالي وتكرار التفكير في الموت .

هذا وأكد " شعلان " على أنه يظهر عند الأطفال بصورة فقدان للشهية أو الرفض للطعام والقيء والإمساك مما يضعف مقاومتهم للأمراض ويجعلهم عرضة للإصابة بالعضوية منها أو النفس جسمية، أما نفسياً فيؤدي إلى فقدان الرغبة في التعامل مع الآخرين والاهتمام بالبيئة، الحزن والبكاء. (باظة، ١٩٩٩: ١١)

ويرى (آدم، ٢٠٠٣: ٢٩٤) بأنه عبارة عن مجموعة من السلوكيات تتضمن الشعور بالملل والمخاوف، والتي تنجم عن شعور الطفل بفقد ما إما لإصابة جسمية، أو فقد أحد مصادر الحب، وما علاجه إلا بإزالة أسبابه.

وُ عرف (الشوربجي، ٢٠٠٣: ١٣٥) الاكتئاب النفسي للطفل بأنه "يحدث نتيجة للأحداث المؤلمة بحزن اكبر مما يستجيب لها الطفل العادي لمثل هذه المواقف، كما أنه يفشل في التخلص من أحزانه في فترة زمنية معقولة، وفقد الطفل لشخص عزيز أو الهجر أو فقده الشعور بالحب والأمن والانتماء والترابط الأسري، ونبذ الطفل دائم اً كلها أحداث تعجل بحدوث الاكتئاب النفسي لدى الأطفال ، فيمكن أن نلمسه من خلال شكواهم بأنهم يحسون بوعكة صحية بدون أسباب أو أعراض مرضية واضحة".

ويشير(الزعبي، ١٩٩٤: ٨٤) أن الاكتئاب عند الأطفال هو "يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسام والعزلة ، وعدم السعادة واضطراب العلاقة بالأنا وبالأخر وقلة الحيلة وانخفاض الحماس والهمة ".

تصنيف الاكتئاب (أنواعه):

يمكن للاكتئاب أن يتخذ أشكالا عدة، وما يميز هذه الأشكال عن بعضها هي العوارض والظروف المرتبطة بكل منها ، فضلا عن مدة العوارض وقوته.

إلا انه لا يوجد في الغالب تمييز واضح بين مختلف أنواع الاكتئاب فهي تتشارك في العديد من الخصائص نفسها ويحتمل أيضا أن تعاني من أكثر من نوع واحد من اضطراب المزاج، ويصعب في الوقت الراهن الاتفاق على نظام تصنيف موحدللاضطرابات الاكتئابية وا ٕن كان هناك اتفاق على الخطوط الرئيسة العامة .

وبسبب كثرت وتعدد أنواع الاكتئاب إلي الحد الذي لا يستطيع الفرد أن يلم بها مجتمعة في قالب واحد ولكنها تتفق في كونها تجعل المصاب بعيداً عن الواقع ، وتقوده إلي لا شيء .

لقد نشرت جمعية الطب العقلي الأمريكي تصنيفها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أوالدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية(DSM4) وقد أشار هذا التصنيف الثالث والأخير لهذه الجمعية إلى ثلاث أنواع من الاكتئاب هي:

١. الاضطراب الهوسي.
٢. الاضطراب الاكتئابي. (يطلق عليهما اسم الاكتئاب وحيد القطب)
٣. الاكتئاب الثنائي القطب. (بشرى:٢٠٠٣:٢٧)

أما عن أنواع الاكتئاب بشكل عام فهي كالتالي:

١. **الاكتئاب الخفيف:** وهو أخف أنواع الاكتئاب.
٢. **الاكتئاب البسيط:** وهو أبسط صور الاكتئاب كما يقول (زهران،514:1997) ويعلق (محمد،146:2004) على ذلك بقوله إنه في هذه الحالة لا يوجد إلا شعور خفيف نسبيا من الحزن والمناخوليا ومن التأخر في النشاط العقلي، هذه الحالات تشخص أحيانا خطأ على أنها حالات عصابية، وذلك بسبب وجود عدم الرعاية النفسية فيما يختص بإشباع حاجاته الأولية، مثل الأكل والإخراج والنوم ولا يظهر الهذيان والهلاوس، وا ٕنما تظهر الميول الانتحارية، وفي معظم حالات الاكتئاب البسيط يكون المريض راضياً وسعيداً في بقائه وحيداً بعيداً عن الناس.
٣. **الاكتئاب الحاد** (السواد) هو أشد صور الاكتئاب.

٤. **الاكتئاب النكوصي أو الانتكاسي** فهو مرض عقلي يحدث في النصف الأخير من حياة الفرد، ويعتقد أن له أسباب تكوينية أو استعدادية أي وراثية، ويطلع عليه أحيانا اسم (اكتئاب سن اليأس).

٥. **الاكتئاب الهائج** حيث يوجد فيه مشاعر الحزن والمانخوليا، ولكن لا توجد فيه إعاقة حركية نفسية للمريض، فالمريض يمتاز بالنشاط القوي، فيمكن أن يجري أماما وخلف، ويقفز ويتأرجح بشدة وعنف (محمد،148:2004).

أنواع الاكتئاب عند الأطفال:

١- الاكتئاب الحاد: وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت في السابقة أو بعضها بصورة مفاجئه نتيجة حادث طارئ كفقدان عزيز مثلا، ويتميز الطفل قبل الوقوع في مثل هذا النوع من الاكتئاب بأنه مشهور بنشاطه وعلاقاته الطبيعية.

٢- الاكتئاب المزمن:وفيه تظهر الأعراض التي ذكرت سابقاً أو بعضها، ويكون الطفل معروفا عنه التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثة أو أزمة نفسية ويتوقع وجود حالات الاكتئاب في عائلة هذا النوع من الأطفال.

٣- الاكتئاب المقنع : لا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخري مثل كثرة الحركة والنشاط الزائد وأفعال تدل علي ميول عدوانية. (الشربيني،١٩٩٤: ١٧١)

من خلال العرض السابق لأنواع الاكتئاب يتضح أن مشكلة هذه التصنيفات ليست ثابتة أو قاطعة فليس هناك اتفاق بين العلماء علي أي تصنيف منها، وحيث أن الاكتئاب النفسي مثل معظم أنواع الاضطراب العقلي يتدرج من حالة السواء إلي حالات المرض العقلي الذي يتطلب علاجا لذلك تنوعت تصنيفاته وتعددت.

(جدول1)

يوضح الفروق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهني كما أشار إليها (زهران،520:1997).

الاكتئاب العصبي	الاكتئاب الذهني
غير عميق الجذور.	عميق الجذور.
لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	يصاحبه جمود انفعالي ويندر معه التعاطف الشعوري والابتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح.
الاتصال بالواقع موجود.	الاتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية.
التقييم الذاتي سلبي.	التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وا إدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص، والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه.
درجة النكوص عادية.	درجة النكوص السلوكي شديدة وخطيرة.
النشاط العقلي بطئ نسبيا.	بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية.
لا يوجد فيه أوهام أو هلاوس أو أفكار الانعدام.	توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام.
فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة.	فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة.
المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج.	المريض لا يسعى للعلاج.
علاجه في العيادة النفسية.	علاجه في مستشفى الأمراض النفسية.

أما علماء الصحة العقلية فيميزون بين نوعين من الاكتئاب هما:

- الاكتئاب الداخلي.
- الاكتئاب الخارجي (العيسوي،151:1990).

(جدول 2)

يوضح الفروق بين الاكتئاب السيكولوجي والاكتئاب الفسيولوجي كما أشار إليها (عكاشة، 212:1980)

الظواهر	اكتئاب سيكولوجي	اكتئاب فسيولوجي
1) الأسبــــــاب		
الإجهاد البيئي	دائما	حياناً
الإجهاد الجسمي	حياناً	حياناً
2) الشخـــصيـة		
صفات عاجزة غير سوية	غالباً	حياناً
3) التغيـرات السيكـولوجية		
الشعور بالاكتئاب	.ائماً	غالباً
الهبوط النفسي	غالباً	غالباً
الضلالات	غالبة	غالباً
4) التغيـرات الفسيــولوجية		
الجهاز العصبي اللاإرادي	في النوبات الشديدة	غالباً
الغدد الصماء	غالبة	غالباً
5) اضطـرابات الهيبوثلاموس		
الأرق واليقظة المبكرة	غائب	غالباً
فقد الشهية	غائبة	غالباً

فقد الوزن	غائب	غالباً
ضعف الطاقة الجنسية	غائبة	غالباً
سوا صباحاً	غائب	غالباً

أسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين والباحثين، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة،وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة .كما أن هناك عدةأسباب تتداخل معاً لظهور الاكتئاب:

١. **العوامل الوراثية (الجينات):**

يرجع البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيأة وا ٍن كانت نسبة ذلك ضئيلة جداً حيث وجد أن هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العائلات، حيث أن الدراسات التي أجريت على التوأم أحادي البويضة، وجد أن إصابة أحد التوائم بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر إلى 70% ويكون عرضة للإصابة بالاكتئاب، ومنها: الروح الانهزامية، الاعتمادية على الغير، المتأثرون بالمتغيرات الخارجية، والشخصيات التي لها دائما نظرة تشاؤمية للأمور.

٢. **العوامل البيئية:**

مثل التنشئة الاجتماعية، وكثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي، كذلك كثرة العرض للضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة، وهي من أهم المؤديات للاكتئاب. (عبد الوهاب،45:2001)

٣. **عوامل نفسية ومنها:**

أ. الصراعات اللاشعورية.
ب. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
ت. الخبرات الصامدة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
ث. التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال...الخ).
ج. عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المثالي.

ح. سوء التوافق (زهران، 1997:515-516).

أعراض الاكتئاب:

١. **أعراض عامة:** هناك أعراض عامة كثيرة ولكن سنذكر منها:
الوجه الحزين، وبطء الكلام، ومزاج منخفض، ومشاعر فقدان الأمل، الشعور الواعي بالذنب، وانشغال البال بالجسم، أوضاع الانحناء (العيسوي، 1990:156).

٢. **الأعراض النفسية:** وهي كثيرة ولكن سنذكر منها:
البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، وانحراف المزاج وتقبله، والانكفاء النرجسي على الذات، عدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس، والقلق والتوتر والأرق، الانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكوت والشرود (زهران،1997:516).

يبدو الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمة، والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية، وسهولة جرح المشاعر، والانسحاب الاجتماعي، والهروب والعلاقات السطحية المؤقتة. (الشربيني،1993:170)

الأعراض الخاصة بالاكتئاب عند الأطفال

من النادر أن نجد مظاهر اكتئاب للأطفال في الفئة العمرية ٦-١٢ عاماً تختلف عن تلك التي تظهر عند الكبار ، ولقد اتضح أن الأطفال يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية ، حتى وان كانت تبدو هذه الأعراض لدقائق ، فانه لا يمكن غض البصر عنها ، لأنها تعطينا مؤشرات لاعتلالات في الصحة النفسية متوقعةمستقبلاً .(بقري،٢٠٠٩:١٢٨)
وتتلخص أعراض الاكتئاب عند الأطفال في خمسة جوانب هي: رفض الطفل للمدرسة وأعراض نفسية فيزيولوجية، والعدوانية ، مشكلات في التعلم ونقص في النشاط أو زيادته.ومن المهم جداً ملاحظة الإباء والأمهات الطفل إذا كان الطفل مكتئب أم لا، والحقيقة أن علي الوالدين تقديم الملاحظات للطبيب ، المؤهل للتشخيص ويمكن للوالدين أن يستعرضا الأوجه الخمسة التالية:

١- **المشاعر**: الحزن والفراغ ، واليأس وتأنيب الضمير وعدم الجدوى وعدم القيمة وعدم الاستمتاع بالأمور اليومية التي طالما كانت ممتعة .

٢- **التفكير**:ويشمل التركيز واتخاذ القرار وا ٕنهاء الواجبات المدرسية والمحافظة على المستوى الدراسي من تدهوره.

٣- **الشكاوي الجسدية:** الصداع، وألم البطن ، والآم المفاصل والظهر،والإرهاق، واضطراب النوم، تغير الوزن بالزيادة والنقصان.

٤- **السلوك الاضطراب** وعدم الرغبة بالذهاب إلي المدرسة والرغبة في الانزواء وصعوبة في التعامل مع الآخرين والتأخر عن الحصص والتخلي عن الرياضة والنشاطات والهوايات ، واستعمال مؤشرات عقلية.

٥- **خطورة الانتحار:** هل يتحدث الطفل عن الموت والانتحار؟ وهل يتساءل في ما إذا كان ذلك محرماً؟ وهل يتساءل عن ردة فعل الأهل فيما لو أقدم علي ذلك. (سرحان، وآخرون، ٢٠٠٣:٨٩)

مآل الاكتئاب

يشفى معظم المرضى في فترة تتراوح بين شهرين وأربعة شهور، ويحتاج المريض أثناء هذه المدة للعلاج النفسي، والتشجيع، والمطمئنات، حتى يمر خلال الفترة الحرجة، ويلعب الزمن دوره القوي في نسيان الصدمة المسببة للمرض. (عكاشة،114:1980)

علاج الاكتئاب

لحسن الحظ أن الاكتئاب النفسي من الأمراض التي يمكن علاجها، وتفيد الدراسات الحديثة أن أغلبية المرضى 90-80% من الذين يواصلون ويواظبون على العلاج الموصوف لهم يتم شفائهم بنسب عالية، ومن المهم أن نلاحظ أن الاكتئاب مرض نفسي، والذي يحتاج إلى علاج دوائي لتعويض الخلل الكيميائي الذي يحدث بالمخ. (الشربيني،172:1993)

وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب:

١.**العلاج النفسي:** وخاصة العلاج التدعيمي، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب والفهم وحل الصراعات وا ٕزالة عوامل الضغط والشدة، والتخلص من الشعور بالذنب، والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وا ٕبراز إيجابيات الشخصية

والمساندة العاطفية والتشجيع،وا ٕعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض، وتنمية بصيرته، وا ٕشاعة روح التفاؤل والأمل (زهران، 518:1997).

٢. **العلاج الطبي:** وذلك يكون من خلال إعطاء المكتئب عقاقير دوائية مضادة للاكتئاب وهي:

أ. مضادات الاكتئاب ثلاث الحلقات.

ب. مضادات الاكتئاب المؤثرة في مادة السيروتونين.

ت. مضادات الاكتئاب المضادة لأنزيم المونوامين.

ولكن تجدر الإشارة هنا إلى أنه لا يجوز تناول العقار دون استشارة الطبيب، لما قد يؤديه ذلك من أعراض جانبية، وتعارض من احتياج المريض، ولذا يجب استشارة طبيب نفسي في الحالة حتى يتسنى له الوقوف على الأعراض، ومدى تأثيرها على حياة المريض، مع وصف العقار المناسب للفترة المناسبة بالجرعة المطلوبة. (ثابت،119:1998)

٣.لا يوجد علاج بالجلسات الكهربائية لما لها من مضاعفات سلبية على حالة المريض. (عكاشة،144:1980)

إذا كان الطفل مصاباً بالاكتئاب فقد حددت أساليب للتغلب على الاكتئاب كالتالي:

١حماية الأطفال من الوقوع فريسة للحزن والعجز، عن طريق تخطيط مناشط، وا ٕشراكهم في جماعات للعب أو الرحلات أو النوادي.

٢. عدم تركيز الأهل على سلبيات الطفل ونقاط ضعفه.

٣. إذا كان الطفل تحت سن المدرسة فلا يحتاج الأمر إلى أكثر من علاج الوالدين أوعلاج الطفل عن طريقهما.

٤. للعلاج الجماعي فائدة بحيث يشرك الإخوة والأخوات والوالدين.

٥.ثبت صلاحية العلاج الدوائي مع حالات كثيرة من المكتئبين وبدون أعراض جانبية شريطة أن يحل بدون وجود نفس الظروف المكدرة لخالة الطفل. (الشربيني،172:1994)

أساليب التدخل التربوي والعلاجي مع الأشخاص المضطربين سلوكياً وانفعالياً

بالرغم من حداثة الاهتمام بالاضطرابات السلوكية والانفعالية حيث سلطت الأضواء عليها في السنوات الأخيرة إلا أنه قد تعددت الأساليب المستخدمة في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية، وذلك وفقاً للاتجاهات النظرية المتعددة في تفسير وفهم أسباب السلوك المشكل، وتعدد المعايير التي تحدد السلوك السوي واللاسوي واختلافها، وبالرغم من تعدد هذه الأساليب إلا أنه لا يمكن الجزم بأفضلية إحدى الطرق على الأخرى ولكن أغلب الدراسات أجمعت على أن أفضل الأساليب التي يمكن إتباعها هي :

١. الأسلوب السلوكي

ويعتمد هذا الأسلوب على مفاهيم النظرية السلوكية حيث يعتبرون السلوك الإنساني السوي منه واللاسوي يمكن تعديله ومحوه وا إعادة تشكيله. ومن الأساليب العلاجية والإرشادية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العزيز الايجابي والسلبي، تشكيل السلوك، خفض الحاسبة التدريجي، النمذجة، الإطفاء، التصحيح الزائد. (العيسوي،١٩٩٩:٢٢٥)

٢. الأسلوب السيكودنيمي : (القوى النفسية)

ويستند هذا الأسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي التي وضعها فرويد والتحليليون الجدد من بعده ومن الأساليب التي يعتمد عليها هذا الأسلوب التبصير، التداعي الحر، تحليل وتفسير الأحلام، الطرح والطرح المضاد (المقاومة والتحويل).

٣. الأسلوب النفس تربوي

ويعتمد هذا الأسلوب على الإجراءات التربوية والنفسية في التعامل مع الاضطراب السلوكي، ويركز على الأساليب التربويةالأبوية والأسرية والمدرسية وقد يشمل الإرشاد الأسر ي لذوي الاضطرابات السلوكية . ويشمل هذا الأسلوب على طرق تنشئة الأطفال وطرق تدريسهم ومناهجهم وتعليمهم بهدف تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية لهم ، والتي يقوم بتقديمها المرشد النفسي أو اختصاصي التربية الخاصة أو الطبيب النفسي أو طبيب الصحة العامة ورجل قياس ومختص في الخدمة الاجتماعية. (القريطي،١٩٩٨:٥٢)

٤. الأسلوب البيئي

يستند هذا الأسلوب على الاتجاه البيئي، فالبيئة التي تحيط بالإنسان تلعب دوراً أساسياً في تشكيل سلوكه النفسي والاجتماعي، حيث أن السلوك هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة التي يحيا بها، لذلك كلما عاش الإنسان في بيئة سليمة وتفاعل معها وكان هذا التفاعل إيجابياً كلما نتج عن ذلك سلوكيات إيجابية والعكس صحيح لذلك يرى المختصون أن العلاج البيئي يقوم بدراسة جميع المؤثرات البيئة التي قد تكون مسئولة عن حدوث الاضطراب لدى الطفل ثم القيام بالتحكم فيها وذلك عن طريق إزالة هذه المؤثرات أو إضافة مؤثرات بيئية منافسة ومنفصلة ومشهود لها في تحسين سلوكيات وانفعالات الطفل المضطربة. (العزة، ٢٠٠٢: ٢٠٠)

٥.العلاج المعرفي

وهنا يقوم المعالج بالتعرف على الأفكار التي تسببت في ظهور الاضطراب ومدى وعي الطفل بها والعمل على تقويم تلك الأفكار ومساعدته في التخلص من مشاعر الإحباط والنقص أو الصراع الناجمة عنها، ويستند إلى نظرته عن ذاته وعالمه الخاص في تحديد سلوكه. (وافي،٢٠٠٦: ٤٥)

٦.العلاج الديني

وما أروع أن تستند جميع أساليب العلاج إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعاً للتغلب على كل ما يمكن أن يعتري النفس من ألم، وشعور بالنقص أو الحرمان والهم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم، وتوثيق نظام الحقوق والواجبات لكل فرد في المجتمع.

فقد جاء الإسلام لتقويم سلوك الأطفال وتربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل ما يمكن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق، فتراه يرضى بالقضاء والقدر ويشكر الله جل شأنه على كل حال وتكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضى والصبر والرغبة في الأجر والثواب من الله تعالى، فيضحي متوافقاً مع نفسه وأسرته ومتناغماً مع مجتمعه، مراقباً لسلوكه .

المبحث الثاني

التوافق الأسري

تعريف عملية التوافق.

خصائص عملية التوافق.

أبعاد عملية التوافق.

النظريات المفسرة للتوافق.

مفهوم وطبيعة التوافق الأسري.

تعريف التوافق الأسري.

مجالات التوافق الأسري.

مظاهر التوافق الأسري.

العوامل المؤثرة على التوافق الأسري.

العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري.

مقدمة:

يعد مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية المهمة في علم النفس و الصحة النفسية خاصة إلى الحد الذي جعل علماء النفس و الصحة النفسية يتخذونه موضوعا لهم، فالتوافق من أهم متطلبات النمو، والحياة كلها عبارة عن عملية توافق؛ فالإنسان كثيرا ما يقابله مواقف عديدة لابد أن يواجهها و يتوافق معها؛ ليوفق فيها بين رغباته و رغبات الآخرين، و هذا ما أكده الدسوقي(١٩٧٤:٢٨) حيث اعتبر علم النفس بكل فروعه ما هو إلا دراسة لعملية التوافق فقد عرفه بأنه: "علم دراسة توافق الفرد أو عدم توافقه على متطلبات مواقف حياته التي تمليها عليه طبيعته الإنسانية الشخصية في استجابتها للموقف". كما يرى أن الحياة بكل مجالاتها التي تفرع عنها علم النفس يمكن النظر إليها على أنها مسألة توافق أو عدم توافق.

و يشير (حسونة،٢٠٠٢:١٥) إلى أنه نتيجة لتعدد مصطلح التوافق أصبح معناه يتوقف على الموقف الذي يستخدم فيه، فقد يأتي هذا المصطلح بمعنى قبول الأشياء التي لا تستطيع السيطرة عليها، وقد يأتي بمعنى الاتفاق مع الأغلبية في الأفعال أو الأفكار، أو بمعنى التوافق بين الرغبات، أو بمعنى توافق الأفكار مع الأفعال.

و لقد اتفق كثير من المفكرين و الباحثين على أن التوافق هو قدرة الفرد على تحمل موجات متكررة من العنف مع ازدياد مستوى القلق و الصراع الداخلي لديه، ومحاولته إشباع حاجاته النفسية و الجسمية ، وانسجامه مع مجتمعه، فهو عملية مركبة من عنصرين أساسيين: أحدهما الفرد بدوافعه و حاجاته وتطلعاته، وثانيهما البيئة المحيطة بهذا الفرد، وأن تكون العلاقة بين هذين العنصرين علاقة منسجمة وديناميه مستمرة.(الدعدي،٢٠٠٩:٣٦،وعبدالله،٢٠٠٦:٦٩،وموسى،والمغربي،٢٠٠٥:٦٣٧)

تعريف التوافق:

تعددت تعاريف التوافق، وذلك لاستخدامه لمعاني مختلفة في إطار علم النفس، و من هذه التعاريف:

عرفه (زهران،١٩٨٥:٢٩): بأنه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك و البيئة الاجتماعية والثقافية بالتغير بالتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

ويعرفه (عبد الحميد،١٩٩٨: ٣٠١) بأنه تفاعل بين سلوك الفرد و الظروف البيئية بما في ذلك الظروف التي تنبعث من داخل الفرد.

وا لى ذلك أشار كابلان (kablan 1984) في تعريفه للتوافق حيث أكد أنه " وسيلة أكثر من كونه غاية فالحياة سلسلة من التغيرات والتحديات، ونتيجة لذلك فالناس في عملية تغير مستمرة ويتبنون تقنيات جديدة واستراتيجيات للتكيف، وهذه التغييرات هي جزء لا يتجزأ من النمو والتطور

وهذا ما أكده ريتشارد (Richard , 1984: 4) حيث يرى أن التوافق يتضمن علاقة الفرد بمحيطه، حيث إن الفرد المتوافق يتصرف بطريقة توافقية مع محيطه الذي يعيش فيه في نطاق الأسرة والعمل والمدرسة(الدعدي،٢٠٠٩: ٤٥)

و يشير(حسونة،٢٠٠٢: ٣٠) بأن التوافق يتمثل في قدر من التقدير الذاتي والرضى عن النفس على أساس واقعي يؤدي إلى التقليل من الإحباط والقلق عن طريق السعادة مع النفس وقوة الشخصية والاتزان الانفعالي الجيد، والفطرة الإيجابية للحياة، والشعور بالكفاءة.

ومن التعريفات السابقة يرى الباحث أن التوافق عملية كلية يقوم بها الفرد شعورياً ولا شعورياً لمواجهة ظروفه الحياتية الطبيعية والطارئة على نحو إيجابي (لا إفراط ولا تفريط)مراعياً حاجاته النفسية والاجتماعية والبيولوجية بما يتفق وحاجات المجتمع من حوله وقيمه وعاداته وتقاليده وبما يحفظ على الإنسان توازنه الداخلي والخارجي .

خصائص عملية التوافق

يمكن استخلاص مجموعة من الخصائص المميزة لعملية التوافق، وهي:

١. التوافق عملية كلية

و هي تعني ضرورة النظر للإنسان باعتباره شخصية كلية تتفاعل مع البيئة المحيطة به فالإنسان بين جزئيات مكونات الشخصية الإنسانية و البيئية، ومحيطه لا يعد متوافقا، كما أن اقتصار التوافق على السلوك الخارجي مع إغفال تجاربه الشعورية الواعية لا يعد توافقا، فالتوافق هو التفاعل الكلي بين الفرد و البيئة المحيطة من حوله. (الدمنهوري،١٩٩٦: ٨٩)

٢. التوافق عملية نشوئية وارتقائية

إن التعرف على التوافق لا يتم إلا من خلال الرجوع إلى مرحلة النمو التي يعيشها الفرد، فكل مرحلة لها متطلباتها و حاجاته و النمو الإنساني ليس إلا سلسلة من الواجبات التي يجب أن يستعملها الإنسان في الوقت الذي يفرضه المجتمع، فالراشد يعيد توازنه مع البيئة بأسلوب الراشدين، ويستخدمها للحصول على رضا المجتمع عنه و رضاه عن نفسه، وعدم تعلم الإنسان الواجبات أو استخدام بشكل غير موفق يؤدي إلى حالة الفشل مع النفس و مع المجتمع من جهة أخرى. (فهمي،١٩٩٧:٣٨)

و السلوك المتوافق في مرحلة نمو سابقة قد يعد سلوكا لاتوافقيا أو مرضياً إذا استخدم في مرحلة نمو ثانية. (دمنهور،١٩٩٦:٨٤)

٣. التوافق عملية وظيفية

ويقصد به أن التوافق ينطوي على وظيفة أساسية هي تحقيق التوازن أو مادة التوازن الناشئة عن صراع القوى بين الذات و البيئة أو المحيط، و في هذا لابد من التمييز بين التكيف كمفهوم مادي فيزيائي وبين التوافق بمعناه الشامل و الكلي. والإنسان شعاره الدائم أنا موجود في حالتي الصحة والمرض (التوافق و سوء التوافق) على السواء، والتوافق ليس مجرد خفض التوتر و إنما تحقيق لقيمة الذات و تحقيق لوجود الإنسان كموقف من العالم. (المغربي،١٩٩٢:١٢)

٤. التوافق عملية دينامية

لا يتم التوافق دفعة واحدة وبصفة نهائية و لكنه يستمر ما أسفرت الحياة، وهو المحصلة النهائية لصراع القوى هذا الصراع بين الذات والآخر، فالتوافق عملية دينامية كلما أوقفت صراع و أزالت التوتر، نشأ صراع جديد يحتاج إلى توافق آخر.

٥. التوافق عملية اقتصادية

يرى علماء التحليل النفسي أن مصدر الطاقة النفسية مودع في النظام الأساسي للشخصية، وتستمر هذه الطاقة من عمليات الهدم الكيميائية الناتجة عن عمليات الأيض لدى الإنسان، وهذه الطاقة قابلة للتحول، ويستفاد منها في جميع الأنشطة التي يحتاج إنجازها إلى طاقة، مثل عمل أجهزة الجسم المختلفة، وهذه الطاقة تتجول حسب احتياجات الإنسان وهي طاقة محددة تتنافس أجهزة الجسم على استنفاذها وتنتقل من صورة إلى أخرى.

وإذا تعددت مواقف الحرمان وازدادت حدتها فإن التوتر يبقى ملازما لحاجات النظام الأساسي وستعاني الشخصية من الاضطراب و الصراع.(أبو مصطفى، والنجار،١٩٩٨:٥٢)

وهكذا فإن عملية التوافق تتأثر بعوامل عديدة ومختلفة باختلاف البيئة و المحيط الإنساني، بل تغير الحالة النفسية للفرد ذاته حسب العوامل الضاغطة ليصيغ التوافق بسمته، مما يبين أن التوافق حسب طبيعة العوامل المؤثرة في الإنسان، فالتوافق تطوري وكلي ووظيفي ودينامي واقتصادي، ويتخذ الإنسان هذه السمات ليتلاءم مع الطبيعة المحيطة به.

أبعاد عملية التوافق

إن من الممكن اعتبار محاولات الفرد المستمرة لتحقيق قدراً من التوافق الذي من شأنه أن يساعده على التواؤم والانسجام مع المتغيرات البشرية والفيزيقية من حوله يأتي بالاستناد إلى بعدين اثنين هما التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي وللاقتراب أكثر من هذين البعدين كان لا بد من تسليط الضوء عليهما من خلال العرض الموجز لبعض جوانبهما، وذلك على النحو التالي:

أولاً : التوافق الشخصي

إن الأطفال الصم هم أكثر الناس حاجة إلى التمتع بقدر مناسب من التوافق الشخصي المتمثل في حالة من الاتزان الداخلي والشعور بالرضى والثقة بالنفس والقدرة على إشباع الحاجات والاعتماد على النفس والتغلب على مشاعر الألم والنقص الناجم عن الإعاقة والتعايش معها والتغلب على الآثار السلبية المترتبة عليها، حتى يتمكنون من أن يكونوا أقدر على إثبات ذواتهم وتلبية احتياجاتهم ورغباتهم، فيصبحون فاعلين على نحو يمنحهم الأمن النفسي والسعادة برغم الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها في ظل ما تسببه لهم الإعاقة من قصور في الاتصال مع العالم من حولهم، وذلك من وجهة نظر الباحث.

واعتبرت (أحمد، ٢٠٠٣: ٢٤) التوافق الشخصي بأنه أحد معايير الصحة النفسية، ويعني قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة وا رضائها الإرضاء المتزن.

ويتضمن التوافق الشخصي السعادة مع النفس، والرضا عن الفك، وا شباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية، والعضوية، والفسيولوجية، والثانوية، والمكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث لا صراع داخلي، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة. (عبدالله،٢٠٠٦:٧١)

فهو حالة من الرضى عن الذات، بحيث تتسم حياة الفود النفسية بالخلو من الصراعات والتوترات المصاحبة لمشاعر النقص والقلق، والذي منحه شعوراً بالسعادة مع نفسه والرضى عنها وا شباع دوافعه وحاجاته الأساسية والتمتع بالأمن الداخلي.

ثانياً : التوافق الاجتماعي

يعتبر التوافق الاجتماعي امتداد طبيعي للتوافق الشخصي أوالنفسي ، وا ٕن فقد الإنسان توافقه النفسي، فإنه حتماً لن يستطيع التوافق مع الجماعة أو الأسرة أوالمدرسة التي يعيش فيها، والتوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة ، فالتوافق الاجتماعي يتمثل في قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية وفعالة ومشبعة مع الغير.

أما بالنسبة للتوافق الاجتماعي لدى الأطفال فإنه يعتمد أساساً على شعور الطفل بالأمن الاجتماعي، ويتضمن ذلك :

١. مدى استمتاع الطفل بعلاقاته الاجتماعية .
٢.فهم الطفل للمستويات الاجتماعية أي إدراكه لحقوق الآخرين وا ٕخضاع بعض رغباته لحاجات الجماع .
٣. تنوع نشاطه وميوله .
٤. مدى كفاءته في مواجهة مشكلات الحياة اليومية .
٥. اكتسابه للمهارات الاجتماعية أي أنه يظهر مودته نحو الآخرين .
٦. تحرر الطفل من الميول المضادة للمجتمع وعدم التشاجر مع الآخرين .
٧. علاقة الطفل بالبيئة الاجتماعية من جيران وأصحاب دون أن يكون شعوره سلبياً أو عدوانياً .
٨. علاقة الطفل بأسرته أي أن له علاقة طيبة مع الأسرة ويشعر بأن الأسرة تحبه وتقدره كما يشعر في كنفها بالأمن والاستقرار.(أبوشمالة،٢٠٠٣ :٣٢_٣٣)

ويرى الباحث أن استمتاع الطفل مع بيئته الاجتماعية ، وتوافقه معها أمر نسبي وليس مطلقاً ؛ لأن ميول ورغبات الأطفال في سنواته الأولى قد تكون غير مناسبة فتسعى البيئة الأسرية من حوله والمشتملة الأبوين والأخوة والأخوات إلى توجيه رغبات الأطفال نحو ما هو مناسب ، هذا

من ناحية ومن ناحية أخرى فإن اتجاه الأسرة وميولها ورغباتها وطريقة حياتها تؤثر في ميول ورغبات الأطفال وبالتالي توافقهم الاجتماعي.

النظريات المفسرة للتوافق

١-نظرية التحليل النفسي

يؤكد " سيجموند فرويد " – مؤسس هذه المدرسة – وأتباعه على أن هناك ثمة حياة لا شعورية يعيشها الفرد إضافة إلى الواقع الشعوري له، كما أنه يولد مزوداً بغرائز ودوافع معينة تسير سلوكه ويسعى بشكل مستمر لإشباعها، وهم علاوة على ذلك يعتبرون أن الحياة ما هي إلا سلسلة من الصراعات، تتسبب في ظهور الإشباعات أو الإحباطات لدى الفرد . (مليكة، ١٩٧٠: ٩٥)
فيرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاثة قوى أساسية وتشمل: الهو ويتضمن الموروثات المعبرة عن الغرائز معتمدةً مبدأ اللذة ، أما الأنا فتعتبر بمثابة المدير التنفيذي للشخصية حيث يسعى لإيجاد حالة من التوازن بين مطالب كل من الهو والأنا الأعلى، ويركن إلى مبدأ الواقع، بينما يعتمد الأخير مبدأ المثالية والدفاع عن السعي نحو الكمال . (الشنداوي، ١٩٩٩: ٣٨١)

ويقرر بأن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة تتمثل في ثلاث سمات هي قوة الأنا والقدرة على العمل و الحب . (كفافي، ١٩٩٠: ٣٣ -٣٢) هذا وقد أكد " يونج " على أن استمرارية النمو الشخصي دون انقطاع هو مفتاح للتوافق النفسي، كما أنه يتطلب الموازنة بين ميول الفرد الانطوائية والانبساطية والتكامل بين كل من عمليات الإحساس والإدراك والمشاعر والتفكير عند تخير الحياة والعالم الخارجي (عبد اللطيف، ١٩٩٠ : ٨٦)

وهناك من أكد على أن التوافق يتحقق للكائن الحي عندما يقوم بإشباع دوافعه بأيسر الطرق فإذا لم يتيسر له ذلك أخذ يبحث عن أشكال جديدة للاستجابة إلى إحداث تعديل في البيئة أو تعديل دوافعه نفسها بهذا المعنى الحياة كلها عبارة عن عملية توافق مستمرة للكائن الحي.

لذا يرى الباحث أن أنصار هذه النظرية يركزون على عملية إشباع الدوافع وما يتعلق بذلك في طبيعة الفرد وقدرته على تحقيق درجة من الاتزان بين جوانب شخصيته المختلفة، ولا تعير

اهتماماً لخبرة الفرد والظروف المحيطة به؛ مع أنها تلعب دوراً هاماً وأساسياً في بناء تلك الشخصية، وتمتعها بالتوافق النفسي الذي هو طريق للصحة النفسية .

٢-النظرية السلوكية

يعتبر كل من " واطسن " و " سكنر " من أشهر مؤسسي هذه المدرسة، والتي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق ما هي إلا أنماط سلوكية متعلمة (مكتسبة) من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد، والتي أكدت على أن التوافق هو عبارة عن جملة من العادات التي تعلمها الفرد في السابق وساهمت في خفض التوتر لديه؛ إذ أشبعت آنذاك دوافعه وحاجاتهوا ٕضافة إلى كونها مناسبة وذات فاعلية في التعامل مع الآخرين، ولذا فقد تعززت وأمستسلوكاً يستخدمه في حال تعرض لمثل ذلك الموقف مرة أخرى. (كفافي، ١٩٩٠: ٤٢)
ومن هنا يتضح أن مفهوم العادة لدى أتباع هذه المدرسة يحتلمركزاً هاماً وأساسياً فهي من وجهة نظرهم مفهوم يعبر عن رابطة بين كل من المثير والاستجابة واعد تكوين مؤقت، متعلم ومكتسب. (زهران، ٢٠٠٢: ٦٢)

واعتقد " واطسن، وسكنر " أن عملية التوافق لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، بل تتشكل بطريقة آلية من خلال التكرار والتلميحات البيئية والمعززات وأوضح " ولمان وكراينر" أن الفرد الذي لا يثاب على علاقته مع الآخرين قد يتجنب التعامل معهم ؛ مما يتسبب في ظهور أشكال شاذة للسلوك . (أبو مصطفى و النجار، ١٩٩٨: ٦٥)

ومن المؤكد في رأي الباحث أن هذه المدرسة جعلت من الإنسان آلة تكرر سلوكيات متعلمة، كانت قد عززت في السابق، بعيداً عن مشاعر الإنسانية التي تسكن نفس الفرد وتساهم في تشكيل شخصيته، ولذا فهي تجعل من الإنسان مجرد مستجيب لما حوله وليس متفاعل معه أو مغير ومعدل لما هو سلبي في مجتمعه.

٣- النظرية الإنسانية

يرى أصحاب المدرسة الإنسانية، وعلى رأسهم روجرز صاحب نظرية الذات ، أن الإنسان لديه القدرة على قيادة نفسه والتحكم فيها، وعزى أنواع السلوك الإنساني كافة إلى دافع واحد وهو تحقيق الذات .. والشخصية عند نتاج للتفاعل المستمر بين الذات والبيئة المادية والاجتماعية ،

فهي ليست ساكنة بل هي دائمة الحركة والتغيير ، والسلوك الإنساني عنده يعمل بشكل كلي موحد إيجابي نحو هدف تحقيق الذات (القاضي، وآخرون، ١٩٨١: ٢٣٢)

ويقرر روجرز أن معايير التوافق، تكمن في ثلاث نقاط:

أ – الإحساس بالحرية.

ب – الانفتاح على الخبرة.

ج – الثقة بالمشاعر الذاتية.

أما ماسلو فيؤكد على أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق السوي الجيد، ووضع معايير للتوافق منها :

أ- الإدراك الفعال للواقع .

ب- قبول الذات.

ت- التمركز حول المشكلات لحلها.

ث- الاستقلال الذاتي.

ج- العلاقات الاجتماعية القوية.

ح- الخلق الديمقراطي.

خ- التوازن أو الموازنة بين أقطاب الحياة المختلفة. (عبد اللطيف ، ١٩٩٠: ٩٠ -٨٩)

أما سوء التوافق عند أصحاب المدرسة الإنسانية، فينشأ عندما لا تستطيع الذات مواجهة الواقع أو إشباع حاجاتها سواء إشباع الحاجات بصفة عامة، أو حسب هرم ماسلو للحاجات الإنسانية، وا إخفاقها المستمر في ذلك فلن يكون هناك توافقوا إشباع للحاجة إلا عند إشباع ما قبلها من حاجات، فعلى سبيل المثال من المحال أن يحقق المرء ذاته قبل إشباع حاجاته الفسيولوجية أو حاجاته للأمن .. وهكذا.

٤-النظرية المعرفية

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن طريقة الفرد في معالجة محيطه تؤدي إلى توافقه فالتوافق الشخصي. كما يرى كيلي Kelly أن التوافق يأتي عبر تفاعل الشخص مع عالمه المحيط به. بالطريقة نفسها التي يتفاعل بها مع العالم، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها. تعتمد هذه الفروض على الأسلوب الذي يتخذه الفرد في تنظيم خبرته وتغييرها، أما الشخص الذي يعاني من

تهديد ما فإنه يشعر بأن تغييراً أساسياً على وشك الحدوث في جهازه التكويني(الزعبي ١٩٩٤: ٨١-٨٢)

أما ألبرت إليس Albert Ellis فيرى أن التوافق يأتي عبر معرفة الإنسان لذاته وقدراته والتكيف معها والتوافق حسب إمكانياته المتاحة وأن كل إنسان يمتلك القدرة على التوافق الذاتي ، وعلى هذا الأساس فقد أكد عبر خبراته مع المرضى أن يوضح لهم امتلاك القدرة – عبر الحديث الداخلي – على التوافق ، فقد أكد على أهمية تعليم المرضى النفسيين كيف يغيرون تفكيرهم في حل المشكلات وأن يوضح للمريض أن حديثه مع ذاته يعتبر مصدراً لاضطرابه الانفعالي ، وأن يبين له كيف أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية وأن يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فاعلية وبالتالي غير مصحوب بانفعالات سلبية أو بسلوك إحباطي لا تكيفي للذات. (سمارة ، ١٩٩١: ٦٩)

كما رأى أصحاب هذا المذهب أن للإنسان حرية في اختيار أفعاله التي يتوافق بها مع نفسه ومع مجتمعه وهو يقبل على اختيار السلوك المقبول اجتماعياً ويتوافق توافقاً حسناً مع نفسه ومجتمعه ولا يتوافق توافقاً سيئاً إلا إذا تعرض لضغوط بيئية ، فالطفل لا ينحرف ولا يعتدي إلا إذا شعر بضغوط في الأسرة والمدرسة وتعرض للظلم وشعر بالتهديد وعدم التقبل. (مرسي،١٩٨٨: ٩١)

وهكذا ترى المدرسة المعرفية أهمية قدرة الفرد الذاتية والمعرفية في إكسابه التوافق فكلما كان الفرد متعلماً ومكتسباً الأفكار التي تتناسب مع الواقع المحيط؛ كلما كان قادراً على التوافق السليم.

مفهوم وطبيعة التوافق الأسري

ينظر إلى الأسرة على أنها وحدة من الأشخاص المتفاعلين، يحدد فيها لكل شخص داخل الأسرة عدد من الأدوار؛ أي أن الفرد يدرك معايير وتوقعات الدور الذي يحدده له الأعضاء الآخرون في الأسرة وينسبونها إليه وا لى سلوكه. (الضبع،٢٠٠٢: ٧٤)

و الكيان العضوي الأسري يمثل الوحدة الاجتماعية الأساسية في المجتمع، وكلما كانت تلك العلاقات الأسرية والتطابق والتماسك الأسري بين أعضاء الأسرة قوية، أدى ذلك إلى علاقات وروابط وضوابط اجتماعية سليمة بين أفرادها في تعاملهم داخل الأسرة وفي المجتمع الأكبر، والعكس من ذلك عندما

يسود جو الأسرة التنافر والتناحر وعدم الرغبة في تحمل المسئوليات من قبل الآباء والأبناء. (منصور، ١٣٤:٢٠٠٠)

وذكر عبد الحميد(٦٣:١٩٩٨) أن نجاح الأسرة وتكاملها يتوقف على مدى التكيف و التوافق الذي يحدث لأفراد الأسرة، فالتكيف عملية لابد من أن تتم فيمستهل الحياة الزوجية؛ وا ٕلا فإن الأسرة ستتعرض في المستقبل لخطر الانحلال و الانهيار. كما أضاف أن التكيف و التوافق لا يأتيان عفويا أو تلقائيا؛ بل هما نتيجة طبيعية لما يبذله جميع أطراف الحياة الأسرية، وا ٕن الإنسان الأكثر تكاملا في شخصيته يكون أسرع في تحقيق توافقه وتكيفه في حياته الأسرية؛ وخاصة إذا قام على أسس ثابتة تتمثل في الإقرار بالفروق الفردية والقبول بهذه الفوارق والاختلافات التي تقوم بين الناس.

تعريف التوافق الأسري

الأسرة هي مجتمع الطفل الأول الذي يمنحه كثير من أساليب التوافق والتكيف، والطفل الذي يتكيف تكيفاً صحيحاً مع العوامل المحيطة طفل مطمئن على حياته متزن في انفعالاته وعواطفه، بينما الذي يفشل في إقامة هذا التوافق فإنه لا يقوى على مواجهة مشكلاته اليومية، وهكذا تنشأ اضطرابات الطفل السلوكية والانفعالية من فشله في توافقه مع بيئته (أسرته) ومع أحداث حياته أثناء عملية التطوير، وبقدر ما يكون هناك تماسك أسري وتنشئة سليمة يكون التوافق الأسري السليم للأطفال.

يعر ّف(عبد الحميد،٦١:١٩٩٨) التوافق الأسري بأنه هو " قدرة الأسرة على التكيف مع إمكانياتها في حدود ما يتوافر لها من دخل وموارد مالية بما يحقق لها إشباعا معقولا على أساس من الشعور بالمسئولية، والقدرة على تحقيق الموازنة السليمة بين المتطلبات والالتزامات المادية،بحيث يقي الأسرة من الانهيار، ويحول بينها وبين الصراع أو الاضطراب".

وأوضح (أبو مصطفى والنجار، ٣٤:١٩٩٨) بأنه عبارة عن السعادة الأسرية والمتمثلة في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالبها وسلامة العلاقات بين الوالدين فيما بينهما وفيما بين الأولاد وكذلك بين الأولاد مع بعضهم البعض، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع والتمتع بقضاء وقت الفراغ معاً، ويمتد في رأيهما ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية .

وأشار (عبد الخالق، ٢٠٠١: ٦١) إلى كونه يعني بأن تسود المحبة بين أفراد الأسرة وأن ينظر الزوجين إلى العلاقة بينهم على أنها سكن ومودة ورحمة، وتقوم العلاقات بين أفراد الأسرة المتوافقة على الحب والاحترام والتعاون.

في حين عرفته (الأستاذ وآخرون، ٢٠٠٢: ٣٢) بأنه مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية مشبعة بينه وبين أفراد أسرته، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية، وتوفير جو من الحب والتعاون والتضحية بين أفراد الأسرة .

وهو في رأي (القريطي، ٢٠٠٣ :٦٥) إشارة إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته، وعلاقات الحب والمودة والمساندة والتراحم والاحترام والتعاون بينه وبين والديه وأخوته، مما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة .

ويعرفه (عبد العاطي، وآخرون،٢٠٠٤:٦٥) على أنه قدرة أفراد الأسرة على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة، وتجنب بلوغ الصراع حافة الأزمة الأسرية.

تعرفه (عبدالله،٢٠٠٦:٧٢) بأنه هو: قدرة أفراد الأسرة على الانسجام معلوا ٕحساسهم بالسعادة والراحة في نطاق الحياةلأسرية، وا ٕقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين والتي تتسم بالحب والعطاء من ناحية والعمل المنتج الذي يجعل من الفرد شخصا فعالا ونافعا في محيطه الاجتماعي من ناحية أخرى.

مجالات التوافق الأسري

١. التوافق الاجتماعي

المقصود بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على عقد صلات و علاقات طبيعية مرضية مع الآخرين، علاقات تتسم بتحمل المسئولية، والقدرة على الاعتراف بحاجة الآخرين. وفي المجال الأسري أن يقيم الرجل والمرأة علاقة زواجية تقوم على السكينة والطمأنينة بحيث يشعر كل طرف بحاجته إلى الطرف الآخر وينطبق ذلك على الآباء والأبناء.

٢. التوافق الاقتصادي والمادي

من المعروف أن لكل أسرة دخلا وإنفاقا، ولكن انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة قد يثير كثيرا من المشكلات الأسرية للأفراد الذين لا يستطيعون إشباع حاجاتهم اليومية وحرمانهم قد يعرضهم للأمراض المختلفة. فيلاحظ أن فقدان المال يحدث نوعا من الحرمان، يختلف عند الأغنياء عنه عند الفقراء، فالأول يفقد السلطة والجاه، والآخر يفقد الطعام، وفقدان السلطة أو الجاه أو المركز الاجتماعي يؤثر مباشرة في جرح "الأنا" و إصابتها قد تدفع الإنسان إلى الانتحار.

فإذا توقف الأب عن العمل فجأة بسبب دخوله السجن أو مرضه أو وفاته، فإن هذا الأمر يتطلب من أفراد الأسرة إعادة تشكيل عاداتهم ورغباتهم في إطار هذا التغيير الذي حدث للأسرة. وقد يسهم عمل المرأة في ميزانية الأسرة، مما أدى إلى زيادة احتمال التوافق الاقتصادي للأسرة، الذي يتضح في زيادة الخدمات التعليمية والترفيهية، وقضاء وقت الفراغ خارج المنزل.(حسين،١٩٨٩:٧٢)

٣. التوافق الجنسي

يلعب التوافق الجنسي دورا بالغ الأهمية في الحياة الزوجية، فالإشباع الجنسي أحد أهم الدوافع التي يسعى الإنسان بالزواج.

ومن العوامل التي تساعد على التوافق الجنسي بين الزوجين:

١. الصراحة واتساع الأفق العقلي عنصران مهمان من عناصر التوافق الجنسي.

٢.التوافق الجنسي يقتضي فهما ومعرفة وإدراكا لمعنى الجنس ودوافعه وأهدافه وغاياته. وألا يكون هناك اندفاع نحو إشباعه بمناسبة أو غير مناسبة، وإذا كان الاندفاع نحو الإشباع الغريزي، والرغبة فيه، أمرا مقبولا، حيث يزداد في بدء الحياة الزوجية نظرا لاعتبار هذا الشيء جديدا بالنسبة للأزواج الجدد،وإن الجهل بالجنس، وعدم الفهم لمعناه ودواعيه، أمر له خطره، فقد ينظر إلى الجنس على أنه عمليات آلية ميكانيكية. ولذلك فالثقافة الجنسية من الأمور المهمة في برامج التعلم، وإعداد الشباب للحياة الزوجية الأسرية. (بشير، وجمعة:١٩٨٦:٥٩)

٤. التوافق الديني

يعد الدين من أهم النظم الاجتماعية التي لها أهمية خاصة في مجال توافق الفرد مع أسرته ومجتمعه. ولذلك فمنذ الصغر تحاول الأسرة أن تغرس بعض القيم الدينية في نفوس الأبناء، ومن الوسائل التي تؤدي إلى التوافق بين أعضاء الأسرة الممارسات الدينية بين أفرادها، خاصة سلوك الوالدين، الذي يشجع على التمسك بالقيم الدينية، حيث يتحقق التوافق الديني من خلال الإيمان بالله

سبحانه وتعالى، وأن يرضى الفر بما قسمه له من رزق ومال وجاه ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية واتزانها.

٥. التوافق الثقافي

التقارب بين أفراد الأسرة في المستوى الثقافي لكل منهم أصبح من الأمور المهمة للتفاهم، والانسجام والمحبة بينهم. ولقد بينت كثير من الدراسات الحديثة أن من أهم العوامل المؤثرة في التوافق الأسري الثقافة بصورة عامة، وتعليم المرأة بصورة خاصة. و لذلك فإن الخلفية الثقافية لكل من الزوجين تؤثر في حياتهما المشتركة. حيث يختلفان حول تنظيم الأسرة أو تحديد عدد الأبناء مثلا. (الكندري،١٩٩٢:١٨٥)

مظاهر التوافق الأسري

إن قدرة أفراد الأسرة وخاصة الزوجين على التخفيف من حدة التوترات في محيط الأسرة وتجنب بلوغ حافة الأزمة الأسرية، يشكل أساسا جيدا لحياة مستقرة ومناخا طيبا للتفاعل الأسري، وبذلك يكون معيار الزواج الناجح هو خلة الحياة الأسرية من الصراع المعلن والصريح، والزام الزوجين بمعايير السلوك المتعارف عليها. (عبدالعاطي، وآخرون،٢٠٠٤:٦٥)

ويلخص(اللحيان ،١٩٩٢:٢٤)عددا من مظاهر التوافق الأسري وهي:

١. **العامل العاطفي:** ويقصد به توفر صلات عاطفية تربط بين كل من أطراف الحياة الأسرية، وأيضا تكامل الأسرة من حيث توحد الاتجاهات والمواقف بين عناصرها، ومن حيث التماسك والتضامن في الوظائف والعمل المشترك، والاتجاه نحو غايات وأهداف واحدة، ومن حيث التكتل لدرء أي خطر خارجي يهدد كيان الأسرة أو ينال من عناصرها.
٢. **العامل الاقتصادي:** ويقصد به توفير الإشباع اللازم للحاجات التي يحتاج إليها الفرد في حياته الأسرية، ويقوم هذا الإشباع على ضرورة توافر الموارد الاقتصادية والمالية التي تسمح بتوفير هذه الحاجات بأشكالها المختلفة.
٣. **النظام في الأسرة:** ويقصد به احترام القانون العام، وآداب السلوك، وقواعد العرف والتقاليد، ومستويات الذوق العام، وا ٍرساء القواعد الإيجابية القائمة على احترام والحب بين أفراد الأسرة.

٤. **العامل الديني:** ويقصد به تمتع الأسرة بالقيم والفضائل الروحية والدينية؛ حيث يساعد ذالك على تماسك الأسرة فكريا ومعنويا، من التفكك والانحراف.

وأكد (حسن،١٩٨١:١٣٠) أن من أهم الوسائل التي تؤدي إلي زيادة التوافق والتكامل بين أعضاء الأسرة ممارسة الشعائر الدينية بطريقة جماعية. كما أشار غلي ضرورة توجيه المناقشات الأسرية والتصرفات نحو توكيد الفضائل والتمسك بالقيم الروحية؛ وذلك لمساهمتها في الوصول إلي التوافق الأسري. كما أضاف أن التفاعل المستمر بين أعضاء الأسرة يعتبر من المظاهر الأساسية لتوافق الأسرة؛ حيث يعطيها أهميتها الخاصة في نمو شخصية أعضائها.

وذكر (منصور،٢٠٠٠:١٣٦) أن حقيقة التوافق الأسري مرتبطة بطبيعة العلاقات داخل الأسرة والتي تأخذ مسارات متعددة أهمها:

١. علاقة الزوج والزوجة: حيث تقوم على أساس الحقوق الزوجية والجنسية والمسئولية، وتقسيم العمل بين الزوجين تحت إطار ما يحدده المجتمع من حقوق وواجبات لكل منهما.
٢. علاقة الأب والابن: والتي تقوم على مسئولية الأب تجاه الابن؛ من لرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، وما يقابل ذلك من قبل الابن من احترام وطاعة وا ٍسهام في البناء الأسري.
٣. علاقة الأم والبنت: وتتشبه علاقة الأب والابن؛ إلا أنها تتحدد بطبيعة دور كل منهما الذي يهتم غالباً بشؤون المنزل وما يحتاجه.
٤. علاقة الأب بالبنت: وتتمثل في مسؤولية الأب تجاه حماية البنت ومساعدتها حتى بعد الزواج.
٥. العلاقة بين الإخوة الذكور: وتبدأ بعلاقة اللعب في الصغر، وتتطور إلي التعاون والتكاتف ورعاية الأخ الأكبر وما يترتب على ذلك من مسئوليات يتحملها؛ خاصة عند غياب الأب.
٦. العلاقة بين الأخوات الإناث: وتتشبه العلاقة بين الإخوةالذكور وا ٍن كانت تمتاز عادة في كثير من المجتمعات بأنه يوكل للأخت الكبرىأمر العناية بأختها الصغر ى، وبذلك تقف منها موقف الأم.

٧. العلاقة بين الأخ والأخت: وهي علاقة زمالة في اللعب أثناء الطفولة، وما تلبث أن تتطور تدريجيا حتى يطرأ عليها نوع من التحفظ في السلوك، ويرتبط ذلك بتفصيل المركز الاجتماعي لكل منهما، وما يشعر به الأخ من مسؤولية نحو أخته؛ خاصة عند غياب الأب.

كما ذكر(عبد الحميد،١٩٩٨: ٦١)عدداً من العلاقات الداخلية أو الأفعال الاجتماعية التي تعبر عن طبيعة التوافق الأسر ي، وتؤدي بدورها إلي مزيد من التوافق أو سوء التوافق وهي:

١. التعاون: وهو العملية التي تربط أعضاء الجماعة الاجتماعية لتحقيق الهدف أو الأهداف المشتركة لها، والتعاون بهذا المعني يفترض أنه السمة المميزة للأسرة أيا كان نوعها أو نمطها.
٢. التنافس: وهو العملية الاجتماعية التي يستخدمها بعض أعضاء الجماعة الاجتماعية للحصول على مكانة معينة، أو التميز في معاملة من المعاملات، وقد يؤدي بعض أنواع التنافس إلى الانحراف والتفكك.
٣. الصراع: وهو العملية الاجتماعية التي تختلف عن عملية التنافس في أن التنافس يأخذ عادة مظهراً سليماً ، حتىإذا ما تغير الوضع وأخذ مظهراً عدائياً يحل الصراع محل التنافس.

العوامل المؤثرة علىالتوافق الأسر ي:

أولاً : العوامل الاجتماعية: تستجيب الأسرة للأحداث المتشابهة بصورة مختلفة، وذلك تبعا للبعد المعنوي. والأحداث تنبعث من مصادر مختلفة، إما من داخل الأسرة، أو من خارجها، وبالتالي فإن النتائج والاستجابات تختلف تبعاً لمصدرها، وهذه الأحداث قد تؤدي إلي تماسك الأسرة وتضامن أعضائها حتى يتمكنوا من التغلب عليها، وقد تؤدي إلي انهيارها(عبد الحميد،١٩٩٨: ٦٥).

ويذكر (الكندري،١٩٩٢: ١٨٥) أن التوافق الأسرية يتأثر بمجموعة من العوامل الاجتماعية المحيطة بالفرد وهي:

- **الحاجات الاجتماعية** وخاصة الأسرية فعلى الفرد أن يكيف سلوكه لمطالب الأسرة حتى يهيئ لها ولنفسه أكبر قسط من السعادة.

-**العادات والتقاليد:** فعملية التوافق تتأثر بمدى ونوع العادات والتقاليد السائدة في البيئة، بكل مرحلة من مراحل النمو.

-**التطور الاجتماعي:** فالفرد يتأثر خلال نموه بالمظاهر الاجتماعية السائدة في بيئته، وتتغير هذه المظاهر نتيجة لتغير الأحداث التي تساهم في تطور المجتمع القائم.

ثانياً : العوامل الشخصية : وتشمل السمات المزاجية وهي التي ترجع إلي ارتباط مجموعة من الصفات الوراثية التي تحدد ردود الفعل الانفعالية والعاطفية عند الفرد وقدر تشابهها أو اختلافها عند الطرفين، وتشمل كذلك الاستجابات المكتسبة عن طريق الفرد في وضع اجتماعي خاص. ويلاحظ الباحثون في شؤون الأسرة أن التوترات الزوجية بسبب الأنماط السلوكية المتعارضة عند الزوجين تصل إلي درجة خطيرة؛ خاصة إذا تعلقت بمسائل كالأخلاق الاجتماعية، والنظافة، وطرق تربية الأطفال، وطرق اتخاذ القرارات ومعاملة الآخرين، والتوترات التي ترجع إلي الفشل في تحقيق العواطف التي كانت متصورة قبل الزواج.(غيث،١٩٩٠:١٦٩)

ثالثاً : العوامل المادية: القضايا المتعلقة بالاقتصاد والمال من الأهمية بمكان في حياة الأسرة، فهي المعاملات الواقعية بين الزوجين وأطراف الأسرة، حيث أنه دائمة ومستمرة لا يمكن التغاضي عنها ولا تسير الحياة بدونهاوا ٍن استقلال المرأة اقتصادياً وما قد يصاحبه من عدم وضوح لدورها كزوجة وكأم؛ وخاصة إذا حاولت أن تمارس حقوقا تتعارض مع واجباتها الأساسية في الأسرة ، بشعر الرجل تدريجيا بأن الوحدة الأسرية قد بدأت تفقد مقوماتها الأساسية، وبالتالي تبدأ في الظهور بعض النقاط الخلافية التي إذا استمرت فترة طويلة دون أن يتكيف أحد الزوجين باتجاهات الآخر يصبح النزاع أمرا لا مفر منه. (شاذلي،٢٠٠١:١٢٦)

ويضيف (الأستاذ، وآخرون،٢٠٠٢:٤٩) عدداً من العوامل المرتبطة بالزوجين أو الخارجة عنهما المؤثرة على التوافق الأسري وهي:

١. طغيان شخصية أحد الزوجين بصورة ملموسة: إذ يقف أحد الزوجين للآخر موقف الند والتحدي غير مبال بوحدة الأسرة وتماسكها، ويحل الصر اع والجدل محل التفاهم والاتفاق ومن ثم تتهدد الأسرة بالانهيار والتفكك.

٢.انعدام العو اطف الأسرية: لأسباب شخصية، أولطول مدة الزواج، مما يعّرض الأسرة لمشاكل عديدة.

٣. الأصدقاء والجيران وما يقومون به من تدخلاتهم في العلاقات الأسرية وما قد ينشأ عن ذلك من حالة توتر.

٤. قلة الوسائل الترويحية: والتزمت في معاملة أفراد الأسرة، وعدم الاستمتاع بأوقات الفراغ.

٥. تدخل الأقارب في العلاقات الأسرية، أو اشتراكهم في معيشة الأسرة.

٦. العادات الضارة، والانحرافات الشاذة، ومظاهر السلوك التي تتنافي مع الآداب العامة.

العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري

لقد بذل الباحثين عددا كبيرا من المحاولات لدراسة العوامل التي تؤدي إلى التوافق الأسري بين الأفراد ومن عوامل التوافق الأسري أن يكون هناك استقرار في العلاقات الأسرية، و التفاهم، والحب المتبادل بين لأفراد الأسرة، حيث التوافق في الحياة الزوجية يرتبط بالعلاقات الوثيقة المتبادلة بين الزوجين، كما تبدو في تبادل وجهات النظر والمشاركة في مناقشة الأمور، وتبادل الآراء و الأفكار يحدد مدى التفاعل بين الزوجين. ولهذا يعد عاملا بالغ التعقيد في العلاقات الزوجية. فالحياة الزوجية ارتباط مقدس، بحيث يشارك الطرفان بالتفاهم في أمور الحياة فيما بينهما.

ويعتقد البعض الآخر أن توفير الجو الأسري الملائم للزوج، كي يقوم بدوره و مسئولياته في الأسرة على أكمل وجه من الأمور المهمة أيضا، حيث إن الحياة الزوجية حياة قوامها تحمل المسئوليات، فعلى المرأة أن تهتم بزوجها ومنزلها، و تبذل كل ما في وسعها من أجل توفير السعادة للحياة الزوجية في الأسرة.(القريطي،٢٠٠٣:١٠٧)

ولعل من العوامل المهمة التي تؤدي إلى التوافق والتكيف الأسري، إشباع الحاجات الأساسية لأفراد الأسرة سواء كان طفلا أو رجلا، وسواء كان ذكرا أو أنثى. وقد ذكر (عبد الله،٢٠٠٦:٨٦) مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى التوافق الأسري وهي كالتالي:

١. وجود أهداف مشتركة للأسرة، وقدرة على الإسهام في خدمة المجتمع، و النهوض به، وارتباط بأخلاقيات هذا المجتمع، وقيمه الاجتماعية السليمة.

٢. تفاهم واتفاق بين الوالدين حول علاقتهما مع الأبناء، والاهتمام بتوفير الرعاية والاهتمام لهم، دون تفرقة بينهم.

٣. مشاركة الأبناء للأسرة في إدراك احتياجاتهما، والعمل على مقابلتها.

٤. الاكتفاء والاستقرار الاقتصادي، وتقدير كل فرد لما يبذله الآخرون في سبيل إسعاد الأسرة.

٥. التجارب الناجحة في مواجهة الصعوبات التي تعترض الأسرة.

٦. توفر الصحة والقدرة الجسمية التي تهيئ لكل أفراد الأسرة القيام بمسئولياتهم وتحقيق إشباع العلاقات الأسرية.

المبحث الثالث

الإعاقة السمعية والأطفال الصم

مفهوم الاعاقة السمعية

الطفل الأصم وتعريفه.

أسباب الإعاقة السمعية.

خصائص المعاقين سمعيا.

تصنيفات الإعاقة السمعية.

المشكلات والصعوبات التي يقابلها الطفل الأصم.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً .

مقدمة:

تلعب حاسة السمعدوراً مهماً وحيوياً في حياة الإنسان، وبدونها يصبح الإنسان سجين عالم من الصمت والسكون، عالم صامت مجهول تغلفه الرهبة والخوف من الأخطار التي تحدق به في المنزل والشارع والمدرسة، عالم خال من انفعالات اللغة التي يستشعرها الإنسان من خلال الكلمات. فإدراك الإنسان لعالمه يعتمد على المعلومات التي يحصل عليها عبر حواسه المختلفة، وبالرغم من أهمية جميع الحواس في عملية الاتصال والتعلم والنمو، إلا أن حاسة السمع تعتبر أهم هذه الحواس، فمن خلالها يتمكن الإنسان من تعلم اللغة، ويتطور اجتماعياً وانفعالياً، ويعي عناصر بيئته. (أبو حمزة، ٢٠٠٣: ١٥)

ونتيجة لأهمية حاسة السمع فقد تعددت تعريفاتها وتصنيفاتها وأسبابها، فقد تناولها الأطباء، من ناحية تشريحية وعصبية ومن ناحية الأسباب المؤدية إليها، بينما تناولها التربويون من زاوية مدى تأثير هذه الإعاقة على التعلم، وتم تناولها من الناحية الفسيولوجية من زاوية مدى قدرة جهاز السمع على القيام بوظيفته، ومن هنا يورد الباحث تعريفات الإعاقة السمعية كما يلي:

- **التعريف الوظيفي:**

يعتمد هذا التعريف على مدى تأثير الفقدان السمعي على إدراك وفهم اللغة المنطوقة فالإعاقة السمعية من هذا المنظور تعني انحرافاً في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي- اللفظيوتعتبر شدة الإعاقة السمعية بناء ً على ذلك نتاجاً لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى كالعمر الزمني عند فقد السمع وهو الأهم، إذ تتحدد شدة الإعاقة في ضوئه استناداً إلى قدرة الفرد على السمع وفهم الكلام وتفسيره وتمييزه، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي، ونوع الاضطراب الذي أدى إليه، والخدمات التأهيلية المقدمة، وغيرها. (محمد، ٢٠٠٤:١٥٠)

التعريف الطبي:

الإعاقة السمعية هي تلك الإعاقة التي تعتمد على درجة الفقدان السمعي عند الفرد مقاسة بالديسبل (Decibels)(db).

التعريف التربوي:

الإعاقة السمعية هي تلك الإعاقة التي تؤثر على أداء الفرد التربوي. (العزة، ٢٠٠٠:.٢٨٦)

ومن الملاحظ أن لفظ الإعاقة السمعية Hearing Impairment يضم فئتي الصم وضعاف السمع، ويشمل مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً ، وما يعنينا في إطار الدراسة هو تسليط الضوء علي الطفل الأصم.

الطفل الأصم وتعريفه

يعرف فهمي(١٩٨٠) الأصم بأنه: "الفرد الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد قدرته السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة (سليمان، ١٩٩٩: ٧١)

_ ويشير (منصور، ٢٠٠٣: ٣٠٦) إلى الأصم بأنه" الفرد الذي فقد حاسة السمع تماماً لأسباب وراثية فطرية منذ ولادته، أو فقدها لأسباب مكتسبة لدرجة أن آثار التعلم قد تلاشت تماماً، ويترتب على ذلك إعاقة بناء الكلام، واكتساب اللغة لديه، مما يحول دون متابعة الدراسة، إلا من خلال أساليب تعليمية جديدة تتناسب مع إعاقته الحسية، وكذلك إعاقته تعلم خبرات الحياة مع اقرأنه العاديين".

_ ويعرف (المخلافي، ٢٠٠٥ : ١٧) الأصم بأنه: "من فقد القدرة على السمع إلى درجة تعوقه عن فهم الحديث من خلال الأذن سواء باستعمال أو بدون استعمال المعين السمعي، وتجعله يعتمد على بصره في اللغة والتواصل" .

_ ويعرفهم (القريطي، ٢٠٠٥ :٢٩٩): بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية، سواء منهم من ولدوا فاقدين السمع تماماً، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة، أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة،أومن أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً، وهكذا قد يكون الصمم سابقاً على اكتساب الكلام واللغة أو بعد تعلم الكلام واللغة .

_ ويعرف (تفاحة، ٢٠٠٦:٤٤) الأصم بأنه: "ذلك الطفل الذي يبلغ من العمر ما بين(٨_١٠) سنوات ويعاني من فقدان سمعي أكثر من (٧٠) ديسبل، مما يجعله لا يستطيع الحصول على المعرفة باستخدام عضو السمع ولا باستخدام الوسائل المعينة ولكن باستخدام طرق ووسائل خاصة"

_ ويعرف (موسى والعربي، ٢٠٠٧: ١٤٢) الأصم بأنه: الشخص الذي يعاني فقداناً في السمع لدرجة تجعل من المستحيل عليه فهم الكلام المنطوق مع استعماله المعينات السمعية أو بدونها، فهو لا يستفيد من حاسة السمع لأنها معطلة لديه.

_ ويذهب (عيسى وخليفة، ٢٠٠٧: ٩٥) إلى أن الأصم: هو من فقد السمع كلية منذ الميلاد أو بعده لأسباب وراثية أو مكتسبة، ولا يمكن استخدام المعينات السمعية معه.

_ ويرى (رجب، ٢٠٠٨: ١٩) أن الأصم هو: الطفل الذي لا يصلح سمعه من الناحية العملية الوظيفية لمسايرة الأنشطة العادية أو لتحقيق فعالية الفرد الاجتماعية في الحياة العامة.

مما سبق يستخلص الباحث أن أهم الخصائص التي يتصف بها الطفل الأصم كالآتي:

- أنه فاقد تماماً لوظيفة حاسة السمع ولا يمكنه الاستفادة منها في الحياة العادية.
- أنه فقد وظيفة حاسة السمع أما منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام، وأن هذا الفقدان يعود لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة.
- أن آثار التعلم التي اكتسبها الأصم قبل فقدان السمع قد تلاشت تماماً .
- يستحيل عليه فهم الكلام المنطوق سواء باستعمال المعينات السمعية أو بدونها، ومن ثم يلجأ إلى الاعتماد على بصره في اللغة والتواصل.

ويخلص الباحث إلى أن الأصم هو الفرد الفاقد تماماً لوظيفة حاسة السمع، منذ ولادته أو قبل أن يتعلم الكلام، ويعود هذا الفقدان لأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة، وبالتالي لا يمكنه الاستفادة من حاسة السمع سواء في الحياة العادية أو التربوية، وسواء استخدم المعينات السمعية أم لم يستخدمها، الأمر الذي يجعله يعتمد على حاسة البصر من خلال استخدام طرق التواصل الخاصة بالمعاقين سمعياً .

أسباب الإعاقة السمعية

ليس من السهل تحديد عوامل حدوث الإعاقة السمعية ومسبباتها، خصوصاً وأن كثيراً منها يقع في مجال الاختصاصات الطبية والذين يقومون بالعملية العلاجية لها، ولكن ينبغي التعرف على عوامل حدوث الإعاقة وأسبابها بالقدر الذي يساعد على التخطيط للوقاية والعلاج والتأهيل والتعليم بما يتيح فرصاً أكبر لإدماج المعاقين سمعياً في مسيرة الحياة العادية(عبدالواحد، ٢٠٠١: ٦٣)

الأولى: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية(الجينية)، نتيجة انتقال الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهما عن طريق الوراثة و من خلال الكروموسومات الحاملة لهذه الصفات لضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي ويقوي احتمال خطورة هذه الحالات عند زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات ،أو اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين (الصايغ،٢٠٠١ :٢٥)

الثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية التي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة، أو أثناءها، أو بعدها، وهنا يمكن ذكر مجموعة من الأسباب منها: سوء تغذية الأم الحامل، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، خاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وتعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب، وا إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والزهري، ونقص الأكسجين، أثناء عملية الولادة، والتهابات الأذن والحوادث التي تصيب الأذن: (الروسان، ١٩٩٨:١٤٢– ١٤٣)، والتهاب الأذن الوسطى، والخداج، والضجيج، ومرض منيرز، وتصلب الأذن وغيرها(عبدالعزيز، ٢٠٠٥:١٧٩)

خصائص المعاقين سمعيا

يمثل الأفراد المعاقين سمعياً فئات غير متجانسة فكل فرد له خصائص تميزه عن غيره ولذلك فإن الإعاقة السمعية لا يكون لها نفس التأثير على جميع الأفراد المعاقين سمعياً وذلك لوجود عدد من الأسباب منها: مقدار الفقدان السمعي، العمر عند الإصابة بالإعاقة، الوعي الذاتي لدى الأطفال بفقدانهم السمعي ، مدى الاستفادة من القدرات السمعية المتبقية وتأثيره على نموهم و حياتهم اليومية، وكذلك انفعالات الآباء والأسر والاستجابات السلوكية للأسرة ،والتوافق الداخلي لها والذي يؤثر بدوره على إحساس الطفل بالشعور بالأمن، واتجاهات الآباء نحو أطفالهم (والتي تؤثر على اتجاهات الطفل نحو ذاته)، ووضع الأسرة الاقتصادي والتربوي (والذي ينعكس على مدى الضغط النفسي وتقديم الرعاية للطفل الأصم) لذلك فإن الباحث يورد عدد من الخصائص المشتركة التي تجمع بين المعاقين سمعياً وهي كالأتي:

أ- الخصائص اللغوية

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية. فالإعاقة السمعية تؤثر سلبياً على جميع جوانب النمو اللغوي(الخطيب، ١٩٩٨:٨٥)، ومن تلك الآثار السلبية على

النمو اللغوي عدم تلقي الطفل المعاق سمعياً لأي تعزيز سمعي عندما يصدر أي صوت من الأصوات، كما أنه لا يستطيع سماع كلام الكبار كي يقلده وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدره من أصوات. (التهامي، ٤٩ : ٢٠٠٦)

وتتصف لغة المعاقين سمعياً بالفقر البالغ قياساً بلغة الآخرين ممن لا يعانون من هذه الإعاقة، وتكون ذخيرتهم اللغوية محدودة وألفاظهم تدور حول الملموس، وتتصف جملهم بالقصر والتعقيد علاوة على بطء كلامهم واتصافه بالنبرة غير العادية(عبدالعزيز، ٢٠٠٥:١٨٣)، فالطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن (٢٠٠٠) كلمة، أما الطفل الأصم لا يعرف أكثر من (٢٠٠) كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم للطفل الأصم لا يعرف أكثر من (٢٥) كلمة فقط. (عيسى وخليفة،٢٠٠٧:٥٣)

وبذلك يرى الباحث أن الخصائص اللغوية تختلف من فرد لآخر، وهناك علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية لدىالمعاقين سمعياً، الأمر الذي يجعل من الصعب على الوالدين فهم المعاق سمعياً وما يريد إيصاله من معنى بسهولة ويسر، وبالتالي قد تسوء المعاملة الوالدية له الأمر الذي يؤدي إلى شعوره بعدم توافقه الأسر ي نتيجة لعدم فهمه وتعرضه لأساليب والديه غير سوية.

ب- الخصائص المعرفية

تباينت الآراء ونتائج الدراسات حول أثر الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للأفراد المعاقين سمعياً مقارنة بعادي السمع، فقد أشارت بعض البحوث إلى أن النمو المعرفي لا يرتبط باللغة بالضرورة ولذلك فهم يؤكدون أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعوقين سمعياً، ويعزو هؤلاء اختلاف المعاقين سمعياً على العاديين في اختبارات الذكاء إلى عدم توافر طرق فعالة لتعليم المعاقين سمعياً (الخطيب، ١٩٩٨:٨٧) بينما أشار البعض الأخر إلى ارتباط القدرة العقلية : بالقدرة اللغوية، وبما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل كبير على القدرات اللغوية فليس من المستغرب أن نلاحظ تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء وذلك لتشبع هذه الاختبارات بالناحية اللفظية. (الروسان، ١٩٩٨:١٤٧) .

والجدير بالذكر وجود فروق في القدرات المعرفية بين المعاقين سمعياً والعاديين، فيعزو (المخلافي،٢٠٠٧ :٢٥-٢٦) هذه الفروق في القدرات المعرفية بينهم إلى الفارق الزمني، فما قد

يتعلمه عادي السمع خلال ساعة قد يتعلمه المعاق سمعياً خلال ساعتين، ويضيف أن الطفل المعاق سمعياً لا يتعرض إلى ما يتعرض له الطفل العادي من رعاية وخدمات، ففاقد الشيء لا يعطيه، بالإضافة إلى ضعف كفاءة القائمين على تطبيق اختبارات الذكاء في عملية التواصل مع المعاقين سمعياً، وعدم ملائمة هذه الاختبارات لقياس ذكاء المعاقين سمعياً.

على أية حال، فيما يتعلق باختلاف الآراء حول تأثير الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية للمعوقين من حيث ارتباطها بالجانب اللغوي أو عدم ارتباطها، فإن الباحث يرى أن الإعاقة السمعية تؤثر في أي حال من الأحوال على القدرات المعرفية سواء اعتمدت القدرات المعرفية على اللغة أم لا، وما يهم هو هذا التأثير الذي ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع المعاقين سمعياً سواء من حيث تدريبهم أو تعليمهم أو تأهيلهم.

ج- الخصائص الأكاديمية

بالرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العملي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين، فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب- وبخاصة الصم منهم- من مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي(الخطيب، ١٩٩٨ : ٩٠)، والفارق التعليمي بين ذوي الضعف السمعي وذوي السمع العادي يتسع مع التقدم العلمي(بطرس، ٢٠٠٧: ٢٤١)، وبذلك فإن تحصيل المعاقين سمعياً يأتي ضعيفاً، حيث يتناسب ضعف تحصيلهم الأكاديمي طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها ويزداد الطين بله بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس حيث أشارت بعض الدراسات بأن(٥٠%) من أفراد هذه الفئة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قراءاتهم تقاس بمستوى قراءة) طلاب الصف الرابع الأساسي، وأن (١٥ %) كانوا بمستوى الصف الثامن من التعليم الأساسي(عبد العزيز، ٢٠٠٥:١٨٥)

د- الخصائص الاجتماعية والنفسية

إن افتقار الفرد في أي مجتمع من المجتمعات لمهارات التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وضعف مستوى قدراته وأنماط تنشئته الأسرية يقود إلى عدم بلوغه النضج الاجتماعي المناسب لعمرهالزمني، ولا يستثنى من ذلك الأفراد المعاقين سمعياً. (القريوتي، ٢٠٠٦: ٥٦)

وبما أن المعوقين سمعياً لديهم فقراً في طرق الاتصال الاجتماعي فإنهم يعانون من الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويتصفون بتجاهل مشاعر الآخرين، ويسيئون فهم تصرفاتهم، ويتصفون بالأنانية، كما يتأثر مفهومهم عن ذواتهم بهذه الإعاقة، ومن أهم خصائصهم النفسية عدم توافقهم النفسي وعدم الاستقرار العاطفي. ويتصف هؤلاء بالإذعان للآخرين، والاكتئاب، والقلق، والتهور، وقلة توكيد الذات، والشك في الآخرين، والسلبية والتناقض(العزة، ٢٠٠١: ٥٢)، والدونية ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي والضبط الذاتي والشعور بنقص الكفاءة، وتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع مما يثير لديهم القلق والاضطراب الانفعالي الذي يؤدي إلى العزلة والعجز وشعورهم بالوحدة النفسية . (الصنعاني،٢٠٠٩:٣٠)

كما يشير حسن(١٩٩٩) إلى عدد من الدراسات التي بينت أن المعاقين سمعياً يؤثرون العزلة على المشاركة، والانسحاب على الإقدام، ويميلون إلى الانزواء(حسن،١٩٩٩:٤٤) ويميلون إلى الألعاب الفردية التي تتطلب مشاركة عدد محدود(موسى والعربي، ٢٠٠٧:١٥٠)

ويشير بعض الباحثين إلى أن القصور في قدرة المعوقين سمعياً على التواصل مع الآخرين، وكذلك أنماط تنشئتهم الاجتماعية تؤدي إلى الاعتمادية وعدم النضج الاجتماعي، كما إن المعاقين سمعياً يبدون قدراً كبيراً من التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم المعوقين سمعياً وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقات الأخرى وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعوقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين(محمد،٢٠٠٤:٢٠٥_٢٠٦) كما يعدون أقل معرفة بقواعد السلوك المناسب، ويعانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية وقد ترجع الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعياً إلى تعرضهم لمواقف تتسم بالإهمال وعدم القبول والسخرية أحياناً أو تتسم بالإشفاق والتعبير عن هذا الإشفاق أمامهم (التهامي،٢٠٠٦:٥١)

ويؤكد الباحث أن المعاقين سمعياً الذين يولدون لأسرة تعاني من العوق السمعي قد يكونون أكثر توافقاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالمعاقين سمعياً الذين يولدون لأبوين عاديين، ذلك لأن الأبوين المعاقين سمعياً يستطيعان فهم ابنهم المعاق سمعياً ويكون بمقدورهما أيضاً التواصل معه، وبالتالي يحصل المعاق سمعياً على فرص أكبر لتطوير علاقاته الاجتماعية سواء مع مجتمع العاديين بشكل عام أو مجتمع المعاقين سميعاً بشكل خاص، ويحصل على فهم أكثر من

قبل والديه ومن ثم ينعكس هذا على إتباع الأساليب الايجابية في معاملة الوالدين له الأمر الذي من شأنه أن يؤديإلي التوافق الأسر ي.

هـ- الخصائص الجسمية والحركية

لم يحظ النمو الجسمي والحركي لدى المعاقين سمعياً باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة(الخطيب، ١٩٩٨:٨٩) وعلى أية حال، فإن الإعاقة السمعية تؤثر على حركة الأطفال حيث يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتوصل.(عبدالعزيز، ٢٠٠٥:١٨٤)

فقدان القدرة على السمع ينطوي على حرمان الشخص من الحصول على التغذية الراجعة السمعية مما قد يؤثر سلبياً على وضعه في الفراغ وعلى حركاته الجسمية، ولذلك فإن بعض الأشخاص المعوقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما نموهم الحركي فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص العاديين، كذلك فإن بعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمن عندما تبقي القدمان على اتصال دائم بالأرض. (موسى والعربي، ٢٠٠٧:١٤٩)

لذا فالأشخاص المعوقين سمعيا لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة مع الأشخاص العاديين، ويعاني المعاقين سمعيا من إضطرابات في التآزر الحركي وتبلغ نسبة الأطفال المعاقين بصفة التآزر الحركي نحو ٣٠ %من مجموعة أطفال هذه الفئة، ونعني باضطراب التآزر الحركي والذي يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقا لحركات منظمة ومخططة أو ما لدى الشخص من قدرة على السيطرة على أطرافه والتنسيق بينهما بسرعة ويسر. (عبيد ، ٢٠٠٠ : ٣١٣)

تصنيفات الإعاقة السمعية

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نطر متعددة ولعل من أهمها وجهتي النظر الفسيولوجية والتربوية، وهما وجهتان مكملتان لبعضها البعض فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم على أساس كمي تتحدد فيه درجة الفقدان السمعي بوحدات صوتية معينة تسمى ألد يسبل Decibel ، أما

التصنيف التربوي فيقوم على أساس وظيفي يعنى بالنظر إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها على فهم الكلام، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة (القريطى، ١٩٩٥: ١٣٨)

ويرى الباحث بأن التصنيف التربوي هو المهم بالنسبة للدراسة ولكن لابد من ذكر التصنيفات الأخرى للفائدة وهى كالتالي :

أ- التصنيف الطبي

يقوم هذا التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي المسبب للإعاقة السمعية، ووفقاً للمجال الطبي يتم تصنيف الإعاقة السمعية إلى الفئات الآتية:

١- الفقدان السمعي التوصيلي

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناتجة عن خلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى، على نحو يحول دون وصول الموجات الصوتية بشكل طبيعي إلى الأذن الداخلية، وبوجه عام فإن فقدان السمع لا يتجاوز(٦٠) ديسبل (الأشول، ب ت: ٧٣)وغالبَا ما يأتي العلاج الطبي أو الجراحي بنتائج ايجابية في علاج هذه الحالة.

٢- الفقدان السمعي الحس عصبي

ويشير إلى الإعاقة السمعية الناجمة عن تلف في القوقعة بالأذن الداخلية أو في العصب السمعي أي عن تلف في المستقبلات الحسية بالأذن الداخلية أو في المسارات العصبية للعصب السمعي إلى المخ أو في مركز السمع بالمخ ويعتبر هذا النوع من الصمم من النوع الدائم وقد يكون ولادياً أو مكتسباً وقد لا يفيد التدخل الطبي أو العلاجي مع هذه الحالات.

٣- الفقدان السمعي المركب أو المختلط

يعتبر فقدان السمع مركباً أو مختلطاً إذا ما حدث تداخل بين تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه لتجمع بذلك بين النوعين السابقين من فقد السمع أي التوصيلي والحس عصبي، وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علاج هذه الحالة(رجب، ٢٠٠٨ : ١٨)

٤- الفقدان السمعي المركزي

وفيه يحدث تفسير خاطئ لما يسمعه الإنسان بالرغم من أن حاسة السمع ذاتها قد تكون طبيعية. فالمشكلة ترتبط بتوصيل السيالات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة الأورام أو أي تلف دماغي آخر. وفي هذا النوع تكون المعينات السمعية ذات فائدة محدودة(موسى والعربي، ٢٠٠٧: ١٤٥)

ب- التصنيف الفسيولوجي (الوظيفي)

تصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع فئات حسب درجة الخسارة السمعية التي تقاس بوحدات تسمى ديسبل (db(Decibels) وأشار بعض الباحثين إلى تصنيف ليبورتا وزملائها (Laporta, et al. ١٩٧٨.)

كما يلي:

١- الإعاقة السمعية البسيطة Mild وتتراوح درجة الفقدان السمعي بين(٢٠_ ٤٠) ديسبل: ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة في سماع الأصوات البعيدة والمنخفضة، كما يجدون صعوبة في فهم الموضوعات الأدبية اللغوية.

٢- الإعاقة السمعية المتوسطةModerate وتتراوح درجة الفقدان السمعي بين(٤٠ _ ٧٠) ديسبل ويستطيع هؤلاء الأطفال فهم كلام الحوار من مسافة(٣_ ٥) أقدام(وجهاً لوجه).

٣- الإعاقة السمعية الشديدة Severe وتتراوح درجة الفقدان السمعي بين(٧٠ _ ٩٠) ديسبل ، وهنا قد يسمع الطفل الأصوات العالية التي قد تكون على بعد مسافة قدم واحد من الأذن، وقد يستطيع تمييز الأصوات وليس كل الأصوات الساكنة، ويلاحظ عليهم خلل في اللغة والكلام ولن ينمو الكلام واللغة تلقائياً إذا كان فقد السمع قبل السنة الأولى من العمر .

٤-الإعاقة السمعية الشديدة جداً Profoundly وهنا تزيد درجة الفقدان السمعي عن ٩٠ ديسبل : قد يسمع الطفل الأصوات العالية ولكن لا يعي الترددات بل يشعر بالنغمات فقط، ويعتمد على الرؤية أكثر من السمع في عملية التواصل (الروسان، ١٩٩٨: ١٤٢) (يحيي، ٢٠٠٦ : ١٢٧-١٢٨)

واستفاد الباحث من هذا التصنيف في تحديد نسبة الخسارة السمعية لكل من الصم وضعاف السمع، حيث تدخل الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة في إطار ضعاف السمع، بينما تقع

الإعاقة السمعية الشديدة والشديدة جداً في إطار الصمم، وبذلك اعتبر الباحث أن من تتراوح نسبة الخسارة السمعية لديهم بين(٣٠ – ٦٩) ديسبل هم من ضعاف السمع، وان من تصل أو تزيد نسبة الخسارة السمعية لديهم عن (٧٠) ديسبل هم من الصم.

ج–التصنيف التربوي

يركز التصنيف التربوي على العلاقة بين فقدان السمع وبين نمو الكلام واللغة، ويميز التربويون بين فئتين من المعوقين سمعياً كالآتي:

. ١–الصم Deaf

. ٢–ثقيلو السمع (ضعاف السمع) Hard of Hearing

وبوجه عام ومهما كانت تصنيفات الإعاقة السمعية، ومهما اختلفت مسمياتها ومجالاتها سواء في الجانب الوظيفي أو الطبي أو التربوي أو العمري، إلا أنها تشترك جميعها في تفسير مدى تأثير الفقدان السمعي على حياة الفرد المعاق سمعياً وا ٍعاقته عن التواصل مع الآخرين وحرمانه من الاستفادة من وظيفة حاسة السمع، وبالتالي فإن هذا الفقدان يمنع المعاق سمعياً من فهم كلام الآخرين ومحادثاتهم، وقد يولد لديه مشاعر الإحباط والعزلة، الأمر الذي قد يقوده إلى الشعور بالاغتراب النفسي سواء عن ذاته أو عن مجتمعه من الصم أومن العاديين. (الصنعاني،٢٠٠٩:٢٦)

المشكلات والصعوبات التي يقابلها الطفل الأصم

مما لاشك فيه أن العلماء قد قطعوا شوطًا كبير ً ا في التعرف على العوامل المسببة للإعاقة السمعية من خلال دراساتهم ومعرفتهم للبناء التركيبي والوظيفي للجهاز السمعي وكذا العيوب المتصلة به سواء الخلقية أو المرضية أو العارضة (حلاوة ، ١٩٩٦: ٤٩)

ويعد الفقدان والقصور السمعي والبصري من أفدح أنواع الفقدان الحسي الذي يمكن أن يتعرض له الفرد، وذلك لما للسمع والبصر من أهمية في تشكيل مفاهيمنا وعالمنا ألإدراكي، ولما لها من تأثير بالغ على نموها الشخصي والاجتماعي .

فالطفل يستجيب منذ أسابيعه الأولى للمتغيرات السمعية من حوله استجابات بدائية ربما تمثلت في فتح عينه وا ٍغماضها، ثم يأخذ شيئً ا فشيئً ا في الانتباه للأصوات التي يسمعها من حوله خصوص ً ا صوت أمه الذي يرتبط بإشباع حاجاته الفسيولوجية – وفي التمييز بين الأصوات، وما

إذا كانت هامسة حانية أم شديدة مفزعة ومع تزايد نمو الطفل فإنه يبدأ في بناء لغته وتطوير كلامه. (القريطي،١٩٩٦:١٣٥)

وقد ذكر (الأشقر، ٢٠٠٢ :٥٣ – ٥٢) أهم هذه **الصعوبات والمشاكل** :

١- عدم إمكانية تحديد الشخصية المميزة بهم ، بسبب البطء في عملية التعلم ، ونقص المهارات والنسيان وعدم تمكنهم من اللغة التي تساعدهم على التعبير عن كل شئ وذلك يؤدي إلى عدم إمكانية تحديد شخصياتهم المميزة لهم .

٢- نجد الطفل الأصم دائم الشك وعدم الاطمئنان للأفراد المحيطين به مما يؤدي إلى الخوف المستمر حتي من أقرب الأفراد له.

٣- صعوبة الاتصال والتفاعل مع الآخرين بالوسائل السمعية المتعارف عليها مما يشكل عائقا اجتماعيا شديدا.

٤- افتقار الأصم وبخاصة من يفقد سمعه في سن مبكرة إلى أساليب التفاهم مع وسطه الاجتماعي.

٥- صعوبة النمو الاجتماعي والعاطفي، وهذا بسبب الصعوبات التي تقابلهم للاتصال بالآخرين مما يترتب عليه ميلهم إلى الانطواء والابتعاد عن الأفراد وحتيالمجتمع الأسر ي، كذلك عدم الاتزان العاطفي لشعوره إنه مختلف عن غيره بسبب إعاقته، وكذلك عدم مشاركتهم الاجتماعية مع بقية الأفراد في المواقف السارة منها أو المحزنة.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً

الإنسان بطبعه كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش وحيداً منفرداً عن الآخرين، وهو في هذا يتفاعل معهم تأثيراً وتأثراً من خلال أهم وسيلة للتواصل التي تتمثل في اللغة المنطوقة، وبما أن الإعاقة السمعية تفرض على الفرد قيوداً في التواصل والتفاعل، فإن تاريخ التربية الخاصة شهد اهتماماً كبيراً بتنمية قدرة المعاقين سمعياً على التواصل مع الآخرين، والخروج بهم قدر الإمكان من دائرة اغترابهم عن مجتمعهم. وفيما يلي يورد الباحث هذه الطرق:

أ- طريقة التواصل الشفهي

يؤكد أنصار الطريقة الشفهية في التواصل أن التواصل اللفظي، أو الشفوي- الذي يمثل الكلام فيه قناة التواصل الرئيسية- يجعل الأشخاص المعاقين سمعياً أكثر قدرة على فهم الكلمات

المنطوقة، وذلك من خلال الإفادة من التلميحات، والإيماءات الناجمة عن حركة شفاه المتكلم. (كامل،٢٠٠٤:١٠٥)

ويتضمن هذا النظام في التواصل استخدام السمع المتبقي وذلك من خلال التدريب السمعي وتضخيم الصوت، وقراءة الشفاه، والكلام، وتستند هذه الطريقة في التواصل إلى حقيقة أن الأشخاص المعاقين، في الغالبية العظمى من الحالات لديهم بعض القدرات السمعية التي يجب تطويرها وتنميتها بالطرق المختلفة. (الخطيب، ١٩٩٨ : ١٢٤)

ب- طريقة قراءة الكلام

يقصد بذلك تنمية مهارة المعاق سمعياً على قراءة الشفاه Lip reading وفهمها، ويعني ذلك أن يفهم المعاق سمعياً الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء الكلام من قبل الآخرين، وقد يكون مصطلح قراءة الكلام(Speech Reading) أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه، وذلك لأن قراءة الكلام يتضمن عدداً من المهارات البصرية الصادرة عن الوجه بالإضافة إلى الدلائل البصرية الصادرة عن شفتي المتكلم فقط. (الروسان،١٩٩٩:١٥٣)

وتستخدم طريقتان لتدريب المعوقين سمعياً على مهارة قراءة الكلام هما: الطريقة التحليلية، وتشمل تعليم المعوق سمعياً وتعريفه بالشكل الذي يأخذه كل صوت على الشفتين وتدريبه على تحديد كل صوت. أما الطريقة الثانية فهي الطريقة التركيبية، وفيها يتم تدريب المعوق سمعياً على التعرف إلى أكبر عدد ممكن من الكلمات المنطوقة ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفايته اللغوية. (كامل، ٢٠٠٤:١٠٦)

ج- طريقة التدريب السمعي

يركز هذا الأسلوب على استخدام المعينات السمعية المناسبة لإعاقة الطفل السمعية في السنوات المبكرة قدر الإمكان، حيث تعتبر القناة السمعية السبيل الأول لتعليم اللغة وتطورها لدى الطفل، وهناك ضرورة للبدء في استخدام التدريب السمعي عقب اكتشاف حدوث الإعاقة السمعية الذي يعتبر العامل الرئيسي لتعليم الطفل المعوق سمعياً كيف يستفيد من السمع المتبقي لديه لأن الأداة السمعية وحدها لا تكفي (بطرس٢٠٠٧:٢٠٨)

د- طريقة التواصل اليدوي

تعد الطريقة اليدوية في تواصل المعاقين سمعياً مع بعضهم البعض من أكثر طرق التواصل وضوحاً وظهوراً ، وتشمل هذه الطريقة نوعين من التواصل اليدوي هما:

١-لغة الإشارة : لغة الإشارة عبارة عن نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى(الروسان١٩٩٨:١٥٤).

والإشارات التي يستعملها المعاقون سمعياً تنقسم إلى قسمين:

الأول، الإشارات الوصفية، وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة، مثل رفع اليد للتعبير عن الطول.

والثاني، الإشارات غير الوصفية وهي إشارات خاصة لها دلالتها الخاصة وتكون بمثابة لغة خاصة متداولة بين المعاقين سمعياً ، مثل الإشارة إلى أعلى دلالة على شيء حسن. (عمر،٢٠٠٥:٧٣)

٢-الهجاء الإصبعي

يشكل الهجاء الإصبعي ركناً هاماً من أركان نظام الاتصال الكلي بالأصم وهي تنشأ تكويناً موحداً مع لغة الإشارة وتستعمل للتعبير عن الكلمات التي ليس لها إشارات(رجب،٢٠٠٨ : ٧٦)، ويقوم أسلوب الهجاء الإصبعي على رسم أشكال : الحروف الهجائية بواسطة أصابع اليد، ويكون لكل حرف شكله الخاص، وعادة ما تستخدم كطريقة مساندة للغة الإشارة، إذا ما كان الشخص لا يعرف الإشارة لكلمة ما أو لتهجي أسماء الأشخاص. (الصنعاني،٢٠٠٩:٣٣)

هـ- طريقة اللفظ المنغم(فيربوتونال)

وهذه الطريقة من أحدث طرق تواصل المعاقين سمعياً ، وذلك من خلال استخدام البقايا السمعية مهما كانت ضئيلة، حيث تعتمد على مبدأ إدراك الصوت من خلال ذبذبات تصل إلى المخ مباشرة عن طريق أعصاب اليد أو أي جزء عظمي آخر في الجسم، وبالتالي مساعدة المعاق سمعياً على إدراك الكلام وفهمه، وتحتاج هذه الطريقة إلى أجهزة خاصة تعمل بالأشعة تحت الحمراء وفلاتر لتنقية الصوت وغير ذلك. (التهامي، ٢٠٠٦: ٧١)

و- التواصل الكلي

أسلوب التواصل الكلي عبارة عن استخدام أكثر من طريقة من الطرق السابقة معاً في الاتصال مع المعاقين سمعياً ، ويعد هذا الأسلوب من أكثر طرق الاتصال شيوعاً في الوقت الحاضر في

البرامج التربوية المختلفة للمعاقين سمعياً حيث إن اختلاف المواقف التي يتم فيها الاتصال تقتضي طرقاً مناسبة لها يجب أن يستخدمها الأطفال المعاقين سمعيا.(عبد الواحد، ٢٠٠٠: ١٦٨)

ومن خلال ما سبق عرضه من أساليب تواصل مع المعاقين سمعياً يلاحظ الباحث أن بعضها تتناسب وتكون ملائمة مع ضعاف السمع أكثر من الصم، مثل: طريقة التدريب السمعي، وطريقة اللفظ المنغم (فيربوتونال)، والبعض الآخر تلاءم الصم أكثر من ملائمتها لضعاف السمع، مثل: الهجاء الإصبعي أو لغة الإشارة.

ويلاحظ أيضاً على أساليب التواصل أنها تقتصر في استخدامها على المعاقين سمعياً والعاملين معهم فقط ولا يهتم بها بقية أفراد المجتمع، كما أن كثيراً من أسر لمعاقين سمعياً لا يستطيعون التواصل مع أبنائهم من خلال هذه الأساليب، الأمر الذي يجعل المعاق سمعياً يسيء فهم معاملة والديه له، وبالتالي يشعر بالعزلة عن الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، لذلك من الضروري لجميع أفراد الأسرة تعلم طرق التواصل مع أبنائهم حتي يتوفر أجواء التوافق الأسري لهؤلاء الأطفال .

الفصل الثالث

دراسات السابقة

أولاً : دراسات العربية

ثانيً ا: دراسات الأجنبية

تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثالث

دراسات سابقة

وحتى تكون جوانب هذه الدراسة أكثر وضوحاً كان لا بد للباحث من أن يجري مسحاً مكتبياً بكافة وسائل البحث المتاحة سواء التكنولوجية أو العادية، سعياً لبناء قاعدة معرفية قوية عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأشكالها المتعددة لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري ولكن رغم تنوع وسائل البحث واختلاف أوجه النشاط البحثي المتبع إلا أن الباحث لم يتمكن من الحصول على أي دراسة تحوي بين طياتها أو في مضمونها جميع الجوانب التي سعت الدراسة الحالية التركيز عليها، ولذا فقد ارتأى الباحث أن يلقي الضوء على ما أمكنه الحصول عليه من دراسات فلسطينية وعربية وأجنبية كانت قد اهتمت بجانب أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية لجمع ما أمكن من المعلومات كقاعدة علمية ومعرفية يمكن الارتكاز عليها والاستفادة منها سواء منهجاً أو أسلوباً أو نتائج لها دورها في إعطاء تصورات أولية لما يتعلق بمتغيرات الدراسة الحالية، وقام بتصنيف هذه الدراسات على النحو التالي :

١. دراسات عربية

٢. دراسات أجنبية.

وقد ركز الباحث علي محورين المحور الأول وهي الدراسات التي تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية والمحور الثاني وهي الدراسات التي تناولت التوافق الأسري.

المحور الأول: دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية والانفعالية

وقد تطرق الباحث في هذه المجموعة إلى الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات السلوكية والانفعالية أو أي من أشكالها الأربعة التي تحاول الدراسة الحالية التركيز عليها لدى الأطفال الصم، وتجدر الإشارة إلى أن من بين دراسات هذه المجموعة من تطرقت إما للمشكلات أوللاضطرابات السلوكية والانفعالية ؛ ولكون الأولى أقرب ما يكون في حدتها من الاضطراب، والتداخل الشديد بين كل منهما سواء في التعريف أو الأعراض، وغالباً ما استخدمت المشكلات السلوكية أو الانفعالية كمصطلح يدل في مضمونه على الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية (من وجهة نظر الباحث)، وخاصة في ظل الندرة الواضحة للدراسات التي ركزت على الاضطرابات السلوكية والانفعاليةلفظاً ومضموناً .

المحور الثاني: دراسات تناولت التوافق لدى الأطفال الصم

وتضم هذه المجموعة بين طياتها ثلة من الدراسات التي اهتمت بموضوع التوافق الأسري أو أحد أبعاد التوافق (النفسي، الاجتماعي) لدى أي من الأطفال الصم أو المعاقين بصفة عامة.

أولاً : دراسات عربية

١. دراسة (وافي، 2006):

بعنوان " الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين "

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي للتعرف على علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي بأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والمكفوفين في ضوء عدة متغيرات شملت الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية لهم ودرجة الإعاقة (بالنسبة للمكفوفين فقط).

وقد اختارت الباحثة عينتين إحداها للصم (١٣٥ طالب وطالبة من مؤسسات الصم التعليمية الخاصة في قطاع غزة) وأخرى للمكفوفين (٨٦ طالب وطالبة من مركز النور ومدرسة النور والأمل بمحافظة غزة) وتراوحت أعمار أفرادهما ما بين(١٦-٩) سنة، طبق عليهم مقياسي الاضطرابات السلوكية من إعداد د. أمال عبد السميع باظه وتعديل الباحثة (الذي اعتمد على تقديرات الملاحظين) ومقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثة، وذلك بعد التأكد من أنهما يتمتعان بمستوى جيد من الصدق والثبات . وقد أسفرت المعالجات الإحصائية المتمثلة في حساب الدرجة الزائية واختبارات وتحليلي التباين الثلاثي والرباعي عن جملة من النتائج أهمها : أن اللازمات العصبية والنشاط الزائد هي أبرز الاضطرابات السلوكية لدى المكفوفين بينما كانت اللازمات العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلك هي أبرز تلك الاضطرابات لدى الصم . كما وتوجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوي التوافق النفسي وجميع أبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدي الأطفال الصم المضطربين سلوكيا منهم وغير المضطربين لصالح غير المضطربين.

٢. دراسة (القمش،2006):

بعنوان " المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات"

هدفت هذه الدراسة للتعرف على المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين كما هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات وكل من المتغيرات التالية:(عمر الطفل، درجة إعاقته، وجنسه)، وتكون مجتمع الدراسة من جميع والدي الأطفال المعوقين عقليا الملتحقين في مراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية في عمان إذ بلغ عدد المراكز عند إجراء الدراسة ١٦ مركزا للإعاقة العقلية، وقد بلغ عدد الأطفال المعوقين في هذه المراكز(١٠٨٣)طالبا وطالبة، وقد استخدم الباحث عينة تكونت من والدي(٢٤٠) مفحوصا ومفحوصة والذين تراوحت أعمارهم من (الولادة–١٨سنة) حيث تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة ومن أجل جمع المعلومات اللازمة للدراسة؛ وقد قام الباحث بتطوير أداة (قائمة تقدير) تكونت من ٤٧ فقرة مثلت خمس المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وهي(العدوان، السلوك النمطي، الحركة الزائدة، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي) وتوصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية:

- أن أكثر المشكلات شيوعا لديهم مرتبة ترتيبا تنازليا بدءا بأكثرها حدوثا هي: مشكلة الزائدة، يليها مشكلة الانسحاب الاجتماعي، ثم مشكلة السلوك النمطي وبعدها العدوان وأخيرا إيذاء الذات
- وأشارت النتائج كذلك إلى وجود علاقة قوية بين كل من المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل ودرجة الإعاقة التي يعاني منها.

–وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين داخل المنزل وجنس الطفل.

٣. دراسة (النجار،2005):

بعنوان "مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم".

وتهدف هذه الدراسة لمعرفة مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في تعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية لدى الأطفال الصم في المرحلة الابتدائية

ووضع مقياس لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديهم، واستند فيها لعينة من الأطفال الصم (لا تقل درجة إعاقتهم السمعية عن ٨٠ ديسبل) يتراوح عمرهم ما بين(١١ - ٩) سنة من مدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بالمحلة الكبرى، الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وفق درجاتهم على مقياس (من إعداد الباحث) وطبق البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) على مجموعة تجريبية من ضمنهم، وتوصل إلى نتائج عدة من أبرزها وجود فروق بين درجات أطفال كل من المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وجميع محاورها بالنسبة للتطبيق البعدي لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وذلك على صورتي المقياس المنزلية، وبالنسبة للصورة المدرسية فقد وجد أن هناك فروق في نقص الانتباه وفرط الحركة فقط لصالح التطبيق البعدي ولأطفال المجموعة التجريبية .

٤. دراسة (الكاشف، 2004):

بعنوان:"المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاقين سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج ".

وتهدف الدراسة للمقارنة بين الطلاب الصم المدمجين في فصول ملحقة بالمدارس العادية وأقرانهم الملحقين بمعهد الصم المختصة بتعليم المعاقين سمعياً ؛ للتعرف على تأثير الدمج مع الأطفال العاديين على درجة انتشار المشكلات السلوكية بينهم ومدى تقديرهم لذواتهم والكشف عن العلاقة بين انتشار المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى الأصم المدمج وغير المدمج والمشكلات السلوكية التي تنبأ بتكوين تقدير ذات سلبي لديهم وذلك على عينة مكونة من(١٤ - ٨٠) من التلاميذ الصم المدمجين و غير المدمجين تراوحت أعمارهم بين (١٠) عاماً، وطبقت فيها كل من قائمة المشكلات السلوكية ومقياس تقدير الذات للأصم (إعداد الباحثة)، ودلت نتائجها على وجود فروق واضحة بالنسبة للمشكلات السلوكية لصالح الطلاب غير المدمجين، في حين لم تظهر فروق بين تقدير الذات لدى الطلاب وسلوك الانسحاب والسلوك النمطي واللازمات، وقد كان سلوك الانسحاب فقط هو المنبأ بتقدير ذات سلبي لدى الأصم المدمج .

٥. دراسة (الحربي،2003):

بعنوان "العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني عند الأطفال الصم" دراسة مقارنة بين معهد وبرنامجي الأمل للصم.

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات و السلوك العدواني في المرحلة المتوسطة بمعهد وبرنامجي الأمل بمدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من ٨١ طالب أصم بمعهد وبرنامجي الأمل للصم، وتتراوح أعمارهم (١٣-١٩) سنة، وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس مفهوم الذات(إعداد الباحث)، مقياس السلوك العدواني ل(بص)وتر جمه وقننه كل من (صالح أبو عباه ومعتز عبدالله) بعد إجراء التعديلات اللازمة عليه من قبل الباحث ليتناسب تطبيقه على الطلاب الصم، استمارة معلومات اقتصادية واجتماعية(إعداد الباحث). وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة عند مستوى (٠.٠٠١) بين مفهم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم، توجد فروق بين الطلاب الصم في السلوك العدواني تبعا للبيئة التربوية(معهد وبرنامجي الأمل الملحقان) لصالح برامج الأمل الملحقة.

٦. دراسة (مسعد،2003):

بعنوان: " فعالية الإرشاد الأسري في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدي الأطفال المعاقين ذهنياً".

هدفت الدراسة إلي إعداد برنامج إرشاد أسري يهدف إلي خفض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدي عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعلم، أيضاً التعرف علي مدي استمرارية فعالية برنامج الإرشاد الأسري بعد توقعه في خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدي هؤلاء الأطفال وتكونت العينة من ١٠ أطفال متخلفين عقليا قابلين للتعلم وأسرهم، ولقد استخدم الباحث استمارة المستوي الاجتماعي و الاقتصادي إعداد محمد بيومي خليل ١٩٩٧ ومقياس ستانفورد بينه للذكاء تعريب وتقنين لويس ملكيه ١٩٩٨ ومقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما يدركه الوالدان والمعلم واستمارة التقدير الذاتي لبعض متغيرات البيئة الأسرية كما تدركها الأسر وبرنامج الإرشاد الأسري إعداد الباحثة وأظهرت الدراسة وجود فروق داله إحصائية بين متوسط رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وكانت عن مستوي ٠.٠١ في بعد ضعف الانتباه والاندفاعية والدرجة الكلية بينما داله إحصائية عند مستوي ٠.٠٥ في بعد النشاط الحركي الزائد وذلك علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما تدركه كل من الأم والمعلمة وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، أيضاً يوجد فروق بين متوسط رتب دراجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي

والبعدي عند مستوي ٠.٠١ في أبعاد الضغوطات الوالدية والمشاركة الوالدية والتعزيز والتفاعلات الأسرية والتهذيبـوا إتباع القواعد والتغلب علي ثورات الغضب.

٧. **دراسة (باظه، 2001):**

بعنوان: "مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين"
تهدف الدراسة إلى تصميم مقياس للاضطرابات السلوكية لذوي الإعاقات الحسية ومقارنتها بالعاديين وتكون من أبعاد سبعة تمثلت في الاضطرابات السلوكية، الاكتئاب الأساسي، اختلال التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق، اضطرابات التواصل (خاص بالصم)، اضطرابات الكلام (خاص بالمكفوفين)، وقد طبق هذا المقياس على عينة قوامها (١٢٠) طفلاً من الأطفال الصم والمكفوفين والعاديين ؛ لدراسة ثبات المقياس، فوجد أن نسبته (٧٥%) لدى الذكور، بينما كان ثباته لدى الإناث بنسبة (٧٨%).

٨. **دراسة (الصايغ ،2001):**

بعنوان: " فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة ".

وتهدف هذه الدراسة الكشف عن مظاهر السلوك العدواني، ومدى فاعلية الأنشطة الفنية في تعديل السلوك العدواني لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة (٩-١٢) سنة. وقد تكونت عينة الدراسة من٤٠ طالب وطالبة مقسمة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية قوام كل مجموعة ٢٠ طالب وطالبة، وطبقت البرنامج المقترح على العينة التجريبية واستغرق تطبيقه ٤ شهور.
فقد استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لإثبات صحة فروضها واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: استمارة الحالة الاجتماعية والاقتصادية والمرضية للأطفال الصم، استطلاع رأي حول اختيار أهم الموضوعات لمجالات البرنامج(إعداد الباحثة)، مقياس السلوك العدواني للأطفال وتم تطبيقه قبل إجراء البرنامج وبعده(إعداد الباحثة) ،البرنامج المقترح الخاص بالأنشطة الفنية والتشكيلية (إعداد الباحثة).

وبينت النتائج أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني عند الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات السلوك العدواني لدى المجموعة الضابطة في التطبيق القبلي والبعدي.

٩. دراسة (خصيفان، 2000):

بعنوان: "دراسة مقارنة للتكيف الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً وأقرانهم من الأسوياء في منطقة مكة المكرمة".

وتهدف إلى معرفة الفروق بين المعوقات سمعياً والسويات في درجة التكيف الشخصي والاجتماعي، وتم اختيار العينة من طالبات الصف الرابع والخامس والسادس في معهدي الأمل الابتدائي بمنطقة مكة المكرمة ومحافظة جدة وطالبات نفس المرحلة في عشرة من المدارس العادية بالمنطقتين وقسمت عينة المعوقات سمعياً إلى ضعيفات سمع وصم، وطبق على جميعهن اختبار الشخصية للأطفال (إعداد وتعريب : هنا) والمقنن على البيئة السعودية، لتتوصل في نهاية الدراسة لوجود فروق في التكيف الشخصي والاجتماعي والعام بين السويات والمعوقات سمعياً لصالح السويات وبين الصم منهن وضعيفات السمع لصالح ضعيفات السمع.

١٠.دراسة (صوالحة، 1999):

بعنوان: " المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً (الصم) في الأردن ".

وتهدف للكشف عن مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الصم الملتحقين بمدرسة الأمل للصم في مدينة اربد، وشملت عينتها (١٠١) أصم ممن تراوحت أعمارهم ما بين(٦-١٤)سنة، وزعت عليهم استبانه تقيس مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لتظهر النتائج أن الفروق الظاهرية بين الجنسين والأطفال الأقل عمراً من (١٠)سنوات والأكثر منها في مدى انتشار المشكلات السلوكية ككل كانت دالة ولصالح الذكور المعوقين سمعياً الأكبر سناً باستثناء حالة المشكلات السلوكية الشخصية التحصيلية التي وجد أن الفروق فيها غير دالة، ولم تكن الفروق دالة أيضاً تبعاً لأثر التفاعل بين الجنس والعمر في مدى انتشارها .

١١. دراسة الطهراوي،1997):

بعنوان: "الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال".

وهدفت للوقوف على العلاقة بين إدراك الأبناء للشقاق الأسري والمشكلات السلوكية والانفعالية لديهم وفحص المعاناة الاقتصادية كمتغير نفسي وسيط بين إدراكهم له وبين أعراض المشكلات السلوكية والانفعالية، وضمت عينتها (٣٥٠) تلميذ وتلميذة من المدارس الإعدادية العامة بمحافظة الشرقية تراوحت أعمارهم بين (١١-١٣)سنة، وشملت أدواتها استمارة جمع البيانات ومقياس إدراك الأبناء للشقاق الأسري (وهما إعداد الباحثة) واستبيان المعاناة الاقتصادية (إعداد : سالمة) ومقياس السلوك العدواني (إعداد : منير) ومقياس القلق للأطفال (إعداد : الببلاوي) ومقياس الاكتئاب " د " للصغار (إعداد : عبد الفتاح) لتوضح النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في إدراك الشقاق الأسري والمعاناة الاقتصادية، ووجدت فروق واضحة بين الجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية فكانت لجانب الإناث في القلق والاكتئاب ولجانب الذكور في العدوان واتضح أن المعاناة الاقتصادية تزيد من حدوث الشقاق بين الزوجين مما يؤثر على أطفالهم فيجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

١٢.دراسة (وريكات والشحروري،1996):

بعنوان: "المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين في مراكز التربية الخاصة وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر".

وتهدف للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة المكفوفين في مدارس التربية الخاصة ومراكزهم بمدينة عمان والعلاقة بينها وبين متغيري العمر والجنس، فتألفت عينتها من(١٤٩) طالب وطالبة، واستخدم مقياس المشكلات السلوكية (إعداد : أساتذة في الجامعة الأردنية) كأداة لها بعد أن تم تقنينه بما يتناسب مع المكفوفين، والتي أظهرت بأن أكثر المشكلات السلوكية حدة لدى الطلبة المكفوفين تمثلت في الحساسية الزائدة والسلوك الاعتمادي والشرود والتشتت والتشكيك والنزق والمتخاذل والانسحاب من المشاركة الاجتماعية والشعور بالقلق، وقد برزت فروق بين الجنسين ولصالح الذكور على أبعاد السلوك العدواني والحركة الزائدة والتمرد والمخادع والمتخاذل والنزق، أما الفروق لصالح الإناث فكانت في بعدي الشعور بالقلق والحساسية الزائدة، وبالنسبة لمتغير العمر فقد وجدت فروق دالة لصالح الأطفال من (١٠ -١٣) سنة في أبعاد سلوك الحركة الزائدة والمتخاذل والشرود والتشتت والحساسية الزائدة والتشكيك، وكانت لصالح الأطفال من (٦- ٩) سنوات في بعد السلوك النزق .

١٣.دراسة (عبد الغفار، 1995):

بعنوان : " التوافق الشخصي والاجتماعي لدي الأطفال المصابين بشلل الأطفال ".

هدفت الدراسة لمعرفة مدي تأثر التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال المصابين بشلل الأطفال بدرجة تميزهم عن غيرهم من العاديين ، ومدي التباين في توافقهم النفسي والاجتماعي ، واشتملت العينة علي (١٨٠) طفلا من الذكور والإناث (٩٠عاديين ، ذكور وا ٕناث) ، (٩٠ مصابين بالشلل من ذكور وا ٕناث) وطبق علي أفراد العينة مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي للأطفال من إعداد عطية محمود مهنا (١٩٦٥) ومقياس الرعاية الاجتماعية للمصابين بشلل الأطفال من إعداد الباحثة ، وقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة التوافق الشخصي والاجتماعي بين الأطفال المصابين بشلل الأطفال والأطفال العاديين لصالح الأطفال العاديين ، ووجود فروق دالة إحصائيا في بعد الخلو من الأمراض العصابية وبعد العلاقات في المدرسة ، والتوافق الاجتماعي والتوافق العام ، وتوجد فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الرعاية المرتفعة والرعاية المنخفضة لصالح الرعاية المرتفعة .

١٤.دراسة (القمش،1994):

بعنوان: "مشكلات الأطفالالمعوقين عقليًا داخل الأسرة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل الأسرة كما يراها الأهالي، وكذلك التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات.

تكونت العينة من (٢٢٠) من الأطفال المعوقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١-٨) أعوام، وطبق على العينة مقياسًا للتعرف على مستويات حدوث المشكلات لدى الأطفال المعوقين عقليًا داخل الأسرة كما يراها الأهالي، ومقياس حول استراتيجيات الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات، ولقد كشفت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات شيوعًا لدى هؤلاء الأطفال، الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، العدوان، إيذاء الذات، كما كشفت النتائج إلى أن أكثر الاستراتيجيات استخدامًا مع الأطفال المعاقين عقليًا، هو العقاب الجسدي بالإضافة إلى استخدام الحرمان والعزل، والتنبيه، والتوبيخ اللفظي.

١٥.دراسة (مصطفى،1993):

بعنوان: "الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم".

هدفت هذه الدراسة التعرف على أكثر الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم التي تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي حيث تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية وتكونت عينة الدراسة من ٢٥ طفل أصم (١١ذكر و١٤ أنثى) في سن (٧-١١) سنة من مدارس الأمل في مصر، واستخدمت الباحثة استبانة الاضطرابات السلوكية (اعداد الباحث) ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة انتشار الانطواء والنشاط الزائد عند هؤلاء الأطفال وكذلك أظهرت أنه كلما زادت درجة التوافق النفسي والاجتماعي لديهم قلت مظاهر الاضطرابات السلوكية.

١٦.دراسة (فؤاد، 1986):

"**بعنوان: "الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي"**.

وقد هدفت الدراسة إلى دراسة الفروق في مفهوم الذات والتكيف بين المعاقين حركياً والمعاقين بصرياً وقد بلغت عينة الدراسة (١٠٠) طفل معاق منهم (٥٠) معاق من حالات الشلل السفلي ومنهم (٥٠) معاق من حالات الإعاقة البصرية ، وقد استخدمت الباحثة مقياس الذات من إعداد الباحث "عادل الأشول" ، واختبار الشخصية للأطفال من إعداد الباحث "عطية هنا "وتوصلت الدراسة إلى التالي:

وجود علاقة بين مفهوم الذات ومتغير التوافق الشخصي والاجتماعي لصالح شلل الأطفال الحركي . ووجود فروق في مفهوم الذات والتوافق بين المجموعتين وكانت مجموعة الشلل الحركي أكثر إيجابية من الإعاقة البصرية.

١٧.دراسة (عزيز، 1983).

بعنوان: " اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم " .

وهدفت الدراسةإلي التعرف على مدى انتشار اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم ومعرفة أهم أسباب المؤدية إلي ظهور هذه الاضطرابات و وضع أنسب وسائل الوقاية من مشكلات السلوك. حيث تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات التجريبية و تكونت عينة الدراسة من العينة التجريبية وتتكون من مائة طفل معاق سمعيا ٧٠ ذكر ، ٣٠ أنثى)و العينة الضابطة وتتكون من الأطفال

العـاديين، واسـتخدمت الباحثـة فـى توصـلها لنتـائج الدراسـة أداتـين وهمـا: المقـابلات المقننـة مـع الأطفال و الآباء و المدرسين، واختبار الذكاء. وقد توصلت الدراسة إلى أهم النتائج التالية :

– انتشـار الاضـطرابات السـلوكية " الخـوف ، التمـرد ، القلـق ، الاعتمـاد علـى الغيـر ، اللازمـات العصبية و الغضب" لدي الأطفال الصم

– وأظهرت كذلك النتائج أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم التنشئة الخطئة وعدم التوافق بين الوالدين و عدم إشباع الحاجات المختلفة للأطفال.

ثانيا: الدراسات الأجنبية

١. دراسة دراسة (بورنا وآخرون،.2007 Poorna et al):

بعنوان: "الذكاء، الاكتئاب الوالدي، والتوافق السلوكي لدى الأطفال الصم الذين تم زراعة قوقعة لهم".

أشارت الدراسة إلى أن القدرة المعرفية والقدرة على التكيف السلوكي مميزة وبالغة الأهمية في نمو الطفل وكلاهما غالبا ما يكون بدرجة أقل عند الأطفال الصم لوالدين عاديين لا يملكان ما يكفي من سبل التواصل والاتصال اللغوي. بالإضافة إلى ذلك ، ومن منطلق شيوع الاكتئاب لدى الوالدين بسبب صعوبات التواصل بينهما وبين طفلهم الأصم مما يؤدي إلى مشاعر الوالدين بعدم الكفاية والإحباط ، قامت الدراسة بتقييم إذا ما كان هناك ارتباطا بين التوافق السلوكي لدى الأطفال الصم مع الاتصال غير شفهي واكتئاب الوالدين .حيث تم تقييم آباء الأطفال الذين تم زراعة قوقعة لهم من الناحية العصبية بمقياس مؤشر الضغط الوالدي والتوافق السلوكي للحصول على مقاييس للضغط الوالدي وتوافق الطفل السلوكي. وجرى تقييم العمليات المعرفية لدى الأطفال الذين تم زراعة قوقعة لهم باستخدام مقياس مولن للتعلم المبكر(Mullen Scales of Early Learning) أو مقياس ليتر لفعالية الأداء الدولي (Leiter International Performance Scale-Revised)، اعتمادا على سن الطفل في وقت الاختبار. وقد أظهرت النتائج باستمرار وجود علاقة قوية بين السلوك التوافقي لدى الطفل الأصم بالذكاء بغض النظر عن السن أو الحالة العصبية. وقد لوحظ علاقة ارتباطية متوسطة بين الاكتئاب الوالدي والتوافق السلوكي للطفل فقط في الفئة الأصغر سنا .وتم تقدير العلاقة بين اكتئاب الوالدين ومقياس

التواصل للأطفال الصم من دون مضاعفات عصبية .وأكدت النتائج على أهمية تواصل الأسرة اللغوي في وقت مبكر.

٢. دراسة (ستونمان ، جافيديا-باين، فلويد Stoneman, Gavidia-Payne Floyd ،2006):
بعنوان " التوافق الزواجي لدى أسر الأطفال المعوقين"

استخدمت الدراسة إطار النظم الأسرية لفحص الارتباط بين كل من الضغوط والمتاعب اليومية، القدرة على التغلب على المشكلات ومدى التأقلم معها ، والتوافق الزوجي في عينة تكونت من ٦٧ أسرة لديها أطفال معاقين. وقد بينت الدراسة أن معظم الأزواج لديهم توافق زوجي فوق المتوسط، بينما عندما تكون المتاعب والضغوط في مستوى عال، فإن الأزواج ينظرون بشكل سلبي إلى زواجهم. كذلك لوحظ أن الآباء الذين لديهم استراتيجيات في التغلب على مشاكلهم كانوا أكثر إيجابية في نظرتهم إلى علاقاتهم الزوجية. بيد أن الزوجات (وليس الأزواج) تتأثر بالشريك في تغلبه على المشكلات، وأن مستوى التوافق الزوجي لدى الزوجات يكون أعلى عندما يكون أزواجهن يملكون القدرة على التغلب على المشكلات والتعامل معها .

٣. دراسة (أولوفسين، ريتشاردسون Natius Oelofsen, Phil Richardson ،2006):
بعنوان: " الإحساس بالتماسك الأسري والضغوط الوالدية لدى أطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقة في النمو ".

تستكشف الدراسة العلاقة بين الضغوط الوالدية والتماسك الأسري، والدعم الاجتماعي والصحي للأطفال ذوي إعاقات في النمو والأطفال العاديين في مرحلة ما قبل المدرسة.كما تهدف الدراسة أيضا الكشف عن أهمية التماسك الأسري بناء على التوافق الوالدي.

ومن خلال توزيع استبيان على عينة من ٥٩ عائلة لديها أطفال معاقي النمو في مرحلة ما قبل المدرسة و عينة من ٤٥ عائلة لأطفال عاديين أيضا في مرحلة ما قبل المدرسة، كشفت النتائج أن أمهات وآباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو لديهم مستويات عالية من التوتر الوالدي وضعف في التماسك الوالدي.

كذلك أوضحت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من مستوى صحي أقل، مستوى ضغط مرتفع أكثر وتماسك أسري أقل من الآباء، وبالمقابل لم تكن هناك فروق ذات دلالة في المستوى الصحي و الضغط والتماسك الأسري بين آباء وأمهات الأطفال العاديين. ويشير ضعف التماسك الأسري بين آباء هؤلاء الأطفال إلى وجود أثر كبير على آباء الأطفال المعاقين جراء الإعاقة. وأكدت

الدراسة على وجود فروق بين كلا الجنسين في توافق الوالدين مع أطفالهم ذوي الإعاقة وهذا يدعم أهمية نظرية التماسك الأسري في فهم التوافق لدى آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقات النمو.

٤.دراسة (أندرسون وآخرون، .Andersson et al 2000):

بعنوان: " الكفاءة الاجتماعية والمشكلات السلوكية لدى المعاقين سمعيا ".

وهدفت الدراسة لمعرفة الكفاءة الاجتماعية(السلوك الاجتماعي الإيجابي و المبادأة الاجتماعية) والمشكلات السلوكية لدى المعاقين سمعيا، وذلك على عينة تكونت من مجموعتين: المجموعة الأولى تكونت من (٥٧) طفلا معاقا سمعيا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: الأولى فقد سمعي تام، متوسط، سمع بسيط، وبالنسبة لمجموعة العاديين تتكون من ٢١٤ طفلا عادي السمع استخدموا كمجموعة مقارنة، وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد اختلافات بسيطة بين المجموعتين، فيما عدا أن الأطفال المعاقين سمعيا أظهروا مبادأة اجتماعية أقل طبقا لتقرير الوالدين، ولا توجد علاقة بين الكفاءة الاجتماعية ودرجة الفقد السمعي، والوضع الدراسي، وأن المعاقين سمعيا لا يقلوا في درجة تكيفهم عن الأقران العاديين.

٥.دراسة (أويا، Oya 2000):

بعنوان:" العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين المترددين على العيادات النفسية ".

هدفت الدراسة إلي التعرف على تقصي العلاقة بين ظهور العنف والمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين المتردين على العيادات النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٧٠) طالب وطالبة من ذوي الدخل المحدود في مناطق الضواحي ممن يترددون على العيادات النفسية وممن تتراوح أعمارهم ما بين (٤–١٨) سنة ومن ثلاثة أصول عرقية هي: مجموعة بيضاء ومجموعة سوداء وثالثة من أصول أمريكية لاتينية وبعدد متساويتقريباً، ومن الأدوات التي تم استخدامها لقياس مظاهر العنف نموذج تقارير الآباء وقائمة التدقيق الخاصة بسلوك الأطفال، وقد أظهر نتائج الدراسة بأن الأعمار والأصول العرقية، ترتبط وبدلالة بالخبرات الكلية للأطفال في مجال العنف ومستوياته. أما الجنس فلم تظهر علاقة ذات دلالة إحصائية سواء بمستوى العنف أو

مجاله. كما وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية مع قائمة التدقيق الخاصة بالعنف بصورة عامة وبكل من المشكلات السلوكية الظاهرية والباطنية خاصة.

٦.دراسة (كابركوف Kouberkova، 2000):

بعنوان : "مستوي التوافق الشخصي والاجتماعي لدي المعاقين حركيا".

حيث تكونت عينة الدراسة من (١١٥) من المعاقين والمعاقات الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٦) سنة ، وذلك من المدارس العامة والمدارس الخاصة التي تعلم المعاقين حركيا وكانت أدوات الدراسة قد اشتملت علي اختبار كاليفورنيا للشخصية واستبيان القلق كحالة والقلق كسمة واستبيان تقدير الذات . وأشارت نتائج الدراسة علي أن الأطفال المعاقين حركيا يظهرون قدرا عاليا من السلوكيات المضادة للمجتمع، والتجنب والعزلة عن باقي الأطفال العاديين ، كما اتضح أن الفتيات من المعاقات كن يواجهن صعوبات في التوافق الاجتماعي أكثر من أقرانهم من الذكور المعاقين ، كما أكدت الدراسة أيضا أن المعاقات يعانين من قدر أكبر في تدني مستوي تقدير الذات وكن أقل رضا عن أنفسهن وكن يشعرن بعدم تقبل آبائهن ومعلماتهن وزميلاتهن لهن .

٧. دراسة (لامبرت وآخرون Lambert .et .al 1999):

بعنوان: " المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين المحولين من العيادات النفسية".

هدفت الدراسة إلي التعرف على المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين المحولين من العيادات النفسية، والمقارنة بين الأطفال والمراهقين الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول أفريقية ونظيرهم الأمريكيين الذين ينتمون إلى أصول جامايكية، وكذلك دراسة أثر الاختلافات الاجتماعية والثقافية على مشاكلهم، وتكونت عينة الدراسة من مجموعةمن الأطفال والمراهقين المنحرفين ذوي المشكلات السلوكية والمشكلات الانفعالية من سن(٤-١٨)سنة من خلال مسح لسجلات الأطفال والمراهقين الجامايكيين والأفريقيين الموجودة بالعيادة ،

وكشفت نتائج الدراسة بشكل دال على أن مشكلات الأطفال والمراهقين الأمريكيين الأفريقيين أكثر من مشكلات نظيرهم الأمريكيين الجامايكيين.

٨. دراسة (هايز و آخرون، .Hayes et al 1997):

بعنوان: " المشكلات السلوكية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم ".

وهدفت لفحص المشكلات السلوكية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم خاصة فيما يتعلق بطرق التواصل المختلفة، وتكونت عينة الدراسة من آباء (٨٤) طفلا من الصم أكملوا قائمتين أحدهما خاصة بالآباء و الثانية يتعلق بسلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن ٤٠% من الأطفال الصم كانوا ضمن المعدل الطبيعي على قائمة سلوك الطفل، وحوالي ٨٢% يعانون من سوء التوافق الاجتماعي، وكشفت القائمة الخاصة بالآباء أن حوالي ٧٠% من الأطفال لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية، أيضا بالرغم من أن الأطفال الصم يستخدمون لغة الإشارة، أيضا يستخدمون الكلام والتي تشير إلى زيادة المقدرة السمعية و التي ذات تأثير كبير على توافقهم.

٩.دراسة :(ميتشل وقيتن، Mitchell & quittner 1996):

بعنوان: " مشكلات الانتباه و السلوك للمعاقين سمعيا ".

وهدفت الدراسة التعرف على مشكلات الانتباه و السلوك للمعاقين سمعيا، و ذلك على عينة قوامها (٣٩) طفلا معاقا سمعيا، و (٢٥) طفلا عادي السمع طبق عليهم ثلاثة اختبارات للانتباه، وأكمل المعلمون و الوالدان قائمة سلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن الطلاب المعاقين سمعيا واجهوا (٢) من (٣) مهام خاصة بالانتباه، مقارنة بالعاديين، وبتحليل الأخطاء في مهام اختبارات الانتباه اتضح أن لديهم مشاكل في الانتباه والتركيز، وأوضحت تقارير الوالدين أن حوالي ٥٠% من المعاقين سمعيا يعانون من مشكلات في السلوك وأن هناك علاقة ارتباطيه بين الأداء في مهام اختبارات الانتباه و معدل السلوك على قائمة سلوك الطفل.

١٠.دراسة (بلاتشر و جان وآخرون، Blacher, Jan; And Others 1987):

بعنوان: "خصائص البيئة المنزلية للأسر التي لديها أطفال المتخلفين عقليا : مقارنة بين مستويات التخلف".

قام بلاتشر و جان وآخرون بمقارنة خصائص البيئات الأسرية لدى الأطفال المتخلفين عقليا بشكل حاد والأقل منهم في درجة التخلف، وتكونت العينة من(١٥٧) أسرة وخلصت الدراسة إلى أن تأثير الأطفال المتخلفين عقليا على التوافق الأسري أعلى لدى الأسر التي يعاني أطفالها من مستوى عال من التخلف، وبينت أنه لا توجد فروق واضحة في تأثير الطفل المعاق على التوافق الزوجي.

التعليق على الدراسات السابقة:

ويعقب الباحث على الدراسات السابقة في عدده مواضع منها:

١. موضوع الدراسة

_كثير من الدراسات قامت بدراسة الاضطرابات أو المشكلات السلوكية والانفعالية، ولكن ليس لدى الصم مثل دراسة (القمش،٢٠٠٦) ، (باظه، ٢٠٠١) ،(أويا، ٢٠٠٠)، (أندرسون وآخرون،٢٠٠٠) ،(لامبرت وآخرون، ١٩٩٩)، (الطهراوي،١٩٩٧)،(وريكات والشحروري، ١٩٩٦)،(القمش،١٩٩٤) .

_ ومنها دراسات قامت بدراسة الاضطرابات أو المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الصم مثل دراسة،(وافي،٢٠٠٦)، (الكاشف،٢٠٠٤)، (صوالحة،١٩٩٩)، (هايز وآخرون،١٩٩٧)، (مصطفى ،١٩٩٣).

_ومنها دراسات قامت بدراسة بعض أبعاد الاضطرابات التي تناولتها الدراسة الحالية عند الصم (المعاقين) مثل دراسة: (النجار،٢٠٠٥) ،(الحربي،٢٠٠٣)، (مسعد،٢٠٠٣)،(الصايغ،٢٠٠١)، (ميتشل وقيتن،١٩٩٦).

_ وهناك دراسات قامت بدراسة التوافق بأبعاده المختلفة مثل دراسة: (وافي،٢٠٠٦)، (عبدالله ،٢٠٠٦)، (ستونمان، وآخرون، ٢٠٠٦)، (خصيفان، ٢٠٠٠)، (عبد الغفار، ١٩٩٥)، (فؤاد ، ١٩٨٦).

٢. الفروض

جاءت الفروض فى الدراسات السابقة متنوعة بين صفرية (غير موجهة) ، وموجبة (موجهة) ولقد توافقت فروض الدراسة الحالية مع الفروض الصفرية.

٣. الأساليب الإحصائية

تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لنوع الهدف، ومن أكثر الأساليب الإحصائية شيوعاً في هذه الدراسات حساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات ارتباط، وتحليل تباين، واختبار (ت)، والتحليل العاملي، والدراسة الحالية استضاءت بهذه الأساليب واستخدمت معظمها.ومنها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات والنسبة المئوية

والوزن النسبي، معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

يتضح لنا من العرض السابق للدراسات ما يلي:

١-أنها تناولت موضوعاً مهماً في التراث السيكولوجي، حيث إنه يحتل مكانة بارزة لدى كل من له صلة بالعملية التعليمية.
٢- أن درجة الإعاقة ذات أثر واضح على مستوى الاضطرابات و التوافق النفسي أو الاجتماعي لدى الاطفال الصم.
٣- دراسة علاقة الاضطرابات والمشكلات السلوكية أو الانفعالية (أو بعد من أبعادها) بالأطفال المعو ّ قين.
٤- معظمها عالجت نتائجها بالنسبة للذكور والإناث معاً .
٥- اهتمت بدراسة المظاهر السلوكية والانفعالية في مرحلة الطفولة.
٦- أن كل من الإعاقة والخلل الأسري وسوء التوافق يحمل بين طياته شعوراً بالعجز والحرمان

ولقد تم ّ الاستفادة من الدراسات السابقة في الجوانب التالية:

١- تحديد مشكلة الدراسة.
٢- تحديد مصطلحات الدراسة.
٣- بناء أداة الدراسة (التوافق الاسري).

واتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في عد ّة جوانب، أهمها:

١- تناولها لموضوع سيكولوجي مهم في الميدان التربوي، والمجال النفسي، وهو اضطرابات المعو ّ قين وعلاقتها بالتوافق (النفسي والاجتماعي).
٢- اختيار معظمها عينات من مرحلة الطفولة، والتي تعد الدعامة الأساسية في المراحل العمرية، لما لها من أهمية خاصة.
٣-الاهتمام بفئة المعو ّ قين(ذوى الاحتياجات الخاصة)، حيث إن الاهتمام بهم يعتبر ضماناً لعدم تبديد الطاقات البشرية، والاستفادة منهم في العطاء والإنتاج.

أم ّا ما تنفرد به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

١- أول دراسةتُطبق فى البيئة الفلسطينية من حيث متغيراتها.

٢-أنها تناولت دراسة متغيرات – فئة العمر (٧-١٤) سنة، والجنس (الذكور والإناث)، وعدد أفراد الأطفال الصم داخل الأسرة، ودرجة الإعاقة السمعية، وترتيب الطفل المعوق (الأصم) داخل الأسرة –وهي متغيرات لم تهتم بها الدراسات السابقة.

٣- إنها تناولت دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري في البيئة الفلسطينية، لم تتعرض لها الدراسات السابقة.

وقد توصلت الدراسات السابقة إلى أهم النتائج التالية:

١-أشارت جميع الدراسات إلى أن هناك علاقة سالبة بين كل من الاضطرابات السلوكية و الانفعالية من جهة والتوافق النفسي أو الاجتماعي من جهة أخرى.

٢- يعد الشعور بالحرمان أو العجز العائد لأسباب أسرية أو جسمية ذا أثر واضح على التوافق النفسي والاجتماعي.

٣- أوضحت أن من أبرز الاضطرابات والمشكلات السلوكية والانفعالية والتي أشارت إليها هذه الدراسات لدى الأطفال تمثلت في والعدوان والسرحان والغش والقلق والاكتئاب والنشاط الزائد والغيرة والمشكلات ذات الطابع الاجتماعي كالكذب والسرقة والانسحاب الاجتماعي واللازمات العصبية.

٤-إن المعوّقين يميلون إلى إلقاء مسئولية الفشل في التوافق الأسري مع إعاقتهم على كاهل الوالدين.

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

الطريقة والإجراءات

- ❖ منهج الدراسة.
- ❖ مجتمع الدراسة.
- ❖ عينة الدراسة.
- ❖ أدوات الدراسة.
- ❖ صدق الإستبانة.
- ❖ ثبات الاستبانة.
- ❖ المعالجات الإحصائية.

الفصل الرابع

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعها الباحث في تنفيذ الدراسة، ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وا إعداد أداة الدراسة (الإستبانة)، والتأكد من صدقها وثباتها، والتأكد من صلاحيتها للتطبيق في البيئة الفلسطينية عامة وعلى مجتمع الدراسة خاصة وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعرف بأنه " وصف منظم للحقائق ولميزات مجموعة معينة أو ميدان من ميادين المعرفة الهامة بطريقة موضوعية وصحيحة".

و يعرف "الأغا" المنهج ا لوصفي بأنه " دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي، دون تدخل الباحث في مجرياته ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها".(الأغا،١٩٩٧:٤١)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أطفال جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١١-٢٠١٢ والبالغ عددهم (٢٩٧) طفل.

ثالثاً - عينة الدراسة:

١- العينة الاستطلاعية للدراسة:

وتكونت من (٣٠) طفل من جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١١-٢٠١٢ تم اختيارهم بالطريقة العشوائية ليتم تقنين أدوات الدراسة عليهم من خلال الصدق والثبات بالطرق المناسبة .

٢- العينة الأصلية للدراسة:

حيث قام الباحث باختيار عينة عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة وبلغت العينة من (١٩٧) طفل من جمعية أطفالنا للصم بمحافظة غزة للعام الدراسي ٢٠١١-٢٠١٢ والجداول التالية توضح عينة الدراسة:

وصف عينة الدراسة:

قام الباحث بحساب التكرار والنسب المئوية للمتغيرات الديموجرافية في الدارسة، وهي (الجنس، العمر، ودرجة الإعاقة ، وترتيب الطفل في الأسرة، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة) .

أولاً : بالنسبة للجنس:

جدول (3)

يوضح عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	89	45.18
أنثى	108	54.82
المجموع	**197**	**100**

ثانياً : بالنسبة لعمر الطفل الأصم:

جدول (4)

يوضح عينة الدراسة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من ١٠ سنوات	96	48.73
أكبر من ١٠ سنوات	101	51.27
المجموع	197	100.00

ثالثاً : بالنسبة لدرجة الاعاقة:

جدول (5)

يوضح عينة الدراسة حسب درجة الاعاقة

درجة الإعاقة	العدد	النسبة المئوية
خفيفة	23	11.68
متوسطة	36	18.27
شديدة	102	51.78
عميقة	36	18.27
المجموع	197	100

رابعاً : بالنسبة ترتيب الطفل الأصم في الأسرة:

جدول (6)

يوضح عينة الدراسة حسب ترتيب الطفل الأصم في الأسرة

ترتيب الطفل في الأسرة	العدد	النسبة المئوية
1-3	103	52.28
4-6	68	34.52
أكثر من ٦	26	13.20
المجموع	197	100

خامساً : بالنسبة لعدد الأطفال الصم داخل الأسرة:

جدول (7)

يوضح عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الصم داخل الأسرة

عدد الأطفال الصم داخل الأسرة	العدد	النسبة المئوية
طفل واحد	83	42.13

طفلان	62	31.47
ثلاثة أطفال	28	14.21
أربعة أطفال	24	12.18
المجموع	197	100

أدوات الدراسة:

أولاً : مقياس التحديات والصعوبات

وصف المقياس:

تم وضع مقياس (الصعوبات والتحديات) ليقيس عرضين أساسيين، الأول: وهو مكون من الأربع مقاييس الفرعية للنسخة العربية لمقياس جودمان للتحديات والصعوبات، وقد تم تطبيق الأداة لقياس الأعراض التالية:المشاكل الانفعالية: (للقلق والاكتئاب)، والمشكلات السلوكية والاجتماعية (العدوان)، الحركة الزائد وتشتت الانتباه، ومشاكل الأقران.

وقد استخدمه الباحث لقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وهو من إعداد(جودمان) وقام بترجمته للعربية د. سمير قوتة أستاذ الصحة النفسية في الجامعة الإسلامية.

كل ميزان في هذا المقياس يتكون من خمسة بنود، ويتم تقييم المشاركين على مقياس من ثلاثة نقاط (صفر:لا -١: أحيانا -٢:نعم). البنود الخمسة و العشرون في هذا المقياس تضم ٥ بنود لكل من الموازين الفرعية الخمسة. المرحلة الأولى في هذا المقياس تحسب كل من المقاييس الفرعية الخمسة. الأجابة "أحيانا" تأخذ نقطة واحدة ولكن نعم أو لا تأخذ نقاط مختلفة. حساب كل اجابة مقسمة كل ميزان على حده.

لقد استخدم الباحث فقط مقياس الصعوبات والتحديات المكون من ورقة واحدة تحتوي علي (٢٥) بند، بمعنى أن الباحث لم يستخدم الصفحة الثانية في المقياس التي تقيس تأثير الصعوبات علي الطفل علي المدي الطويل.

جدول(8)

يوضح توزيع فقرات الاستبانة

م	المجال	العدد
١	الميزان الاجتماعي	٥
٢	ميزان زيادة الحركة	٥
٣	ميزان الأعراض العاطفية	٥
٤	ميزان المشاكل السلوكية	٥
٥	مقياس مشاكل الأصحاب	٥
	المجموع	٢٥

صدق المقياس:

قام الباحث بتقنين فقرات المقياس وذلك للتأكد من صدقها كالتالي:

أولاً : صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الإستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى كل مجال من مجالات الاستبانة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية.

ثانياً : صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة بتطبيق الإستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) طفل من جمعية أطفالنا الصم في محافظة غزة من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل مجال من مجالات الاستبانة والدرجة الكلية للاستبانة وكذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

الجدول (9)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لجميع المجالات

م	الميزان الاجتماعي	ميزان زيادة الحركة	ميزان الأعراض العاطفية	ميزان المشاكل السلوكية	مقياس مشاكل الأصحاب
١	0.477**	0.382*	0.647**	0.830**	0.521**
٢	0.458*	0.678**	0.828**	0.566**	0.374*
٣	0.697**	0.512**	0.819**	0.725**	0.475**
٤	0.751**	0.622**	0.812**	0.509**	0.694**
٥	0.572**	0.733**	0.502**	0.611**	0.392*

**ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.٣٦١

*ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.٤٦٣

يبين الجدول السابق معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لفقراته، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥، ٠.٠١)، ومعاملات الارتباط محصورة بين المدى (٠.٣٧٤-٠.٨٣٠) ، وكذلك قيمة ر المحسوبة أكبر من قيمة ر الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية(٢٨) والتي تساوي (٠.٣٦١)، وبذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي للمجالات قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مجال من مجالات المقياس والمجالات الأخرى وكذلك كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس والجدول (١٢) يوضح ذلك.

الجدول (10)

مصفوفة معاملات ارتباط كل مجال من مجالات المقياس والمجالات الأخرى للمقياس وكذلك مع الدرجة الكلية

	المجموع	الميزان الاجتماعي	ميزان زيادة الحركة	ميزان الأعراض العاطفية	ميزان المشاكل السلوكية	مقياس مشاكل الأصحاب
الميزان الاجتماعي	-0.549	1				
ميزان زيادة الحركة	0.776	-0.626	1			
ميزان الأعراض العاطفية	0.881	-0.647	0.585	1		
ميزان المشاكل السلوكية	0.716	-0.594	0.552	0.554	1	
مقياس مشاكل الأصحاب	0.810	-0.451	0.518	0.741	0.360	1

ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.٣٦١
ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.٤٦٣

يتضح من الجدول السابق أن جميع المجالات ترتبط يبعضها البعض وبالدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ثبات المقياس Reliability:

أجرى الباحث خطوات التأكد من ثبات الإستبانة وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين وهما التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

١-طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient :

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة جتمان والجدول (١٣) يوضح ذلك:

الجدول (11)

يوضح معاملات الارتباط بين نصفي كل مجال من مجالات المقياس وكذلك المقياس ككل قبل التعديل ومعامل الثبات بعد التعديل

المجالات	عدد الفقرات	الارتباط قبل التعديل	معامل الثبات بعد التعديل
الميزان الاجتماعي	٥	0.481	0.488
ميزان زيادة الحركة	٥	0.469	0.476
ميزان الأعراض العاطفية	٥	0.636	0.672
ميزان المشاكل السلوكية	٥	0.531	0.601
مقياس مشاكل الأصحاب	٥	0.416	0.426
المجموع	٢٥	0.788	0.798

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (0.798) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٢- طريقة ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات وهي طريقة ألفا كرونباخ، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك للمقياس ككل والجدول (١٤) يوضح ذلك:

الجدول (12)

يوضح معاملات ألفا كرونباخ لكل مجال من مجالات المقياس وكذلك للمقياس ككل

المجال	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
الميزان الاجتماعي	٥	0.549
ميزان زيادة الحركة	٥	0.412
ميزان الأعراض العاطفية	٥	0.769
ميزان المشاكل السلوكية	٥	0.664
مقياس مشاكل الأصحاب	٥	0.407
المجموع	٢٥	0.676

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات الكلي (٠.٦٧٦) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

ثانياً : استبانة التوافق الأسري

قام الباحث بناء المقياس ضمن الخطوات التالية:

- بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قام الباحث ببناء الإستبانة وفق الخطوات الآتية:
- إعداد الاستبانة في صورته الأولية والتي شملت (٦١) فقرة والملحق رقم (١) يوضح الإستبانة في صورتها الأولية.
- عرض الاستبانة علي المشرف من أجل اختيار مدي ملائمتها لجمع البيانات.
- تعديل الاستبانة بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.
- عرض الاستبانة على (٧) من المحكمين التربويين بعضهم أعضاء هيئة تدريس في الجامعة الإسلامية، وجامعة الأقصى، والملحق رقم (١) يبين أعضاء لجنة التحكيم.
- بعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تم حذف (٢٥) فقرات من فقرات الإستبانة،وكذلك تم تعديل وصياغة بعض الفقرات وقد بلغ عدد فقرات الاستبانة بعد صياغتها النهائية (٣٠) فقرة ، حيث أعطى لكل فقرة وزن مدرج وفق سلم متدرج ثلاثي (نعم ، أحياناً ، لا) أعطيت الأوزان التالية (٢ ، ١،٠) بذلك تنحصر درجات أفراد عينة الدراسة ما بين (٠،٧٢) درجة والملحق رقم (٦) يبين الاستبانة في صورته النهائية.

وصف الاستبانة:

تضمن المقياس من (٣٠) فقرة للتعرف على التوافق الأسري لدى الأطفال الصم.

صدق الاستبانة:

قام الباحث بتقنين فقرات الاستبانة وذلك للتأكد من صدقها كالتالي:

أولاً : صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة جامعيين من المتخصصين ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الإستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى المقياس، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية.

ثانياً : صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة بتطبيق الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) طفل من جمعية الصم في محافظة غزة من خارج عينة الدراسة، وتم حساب معامل ارتباط

بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية الاستبانة الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام البر نامج الإحصائي (SPSS) .

الجدول (13)

معامل ارتباط كل فقرة من فقرات استبانة التوافق الاسري مع الدرجة الكلية للاستبانة

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	*0.378	١٩	**0.580
٢	**0.493	٢٠	**0.510
٣	**0.707	٢١	**0.794
٤	*0.461	٢٢	**0.687
٥	**0.718	٢٣	**0.550
٦	**0.826	٢٤	**0.491
٧	**0.535	٢٥	**0.663
٨	**0.603	٢٦	**0.685
٩	0.026	٢٧	*0.433
١٠	**0.819	٢٨	**0.559
١١	0.116	٢٩	*0.457
١٢	**0.471	٣٠	**0.809
١٣	**0.656	٣١	0.264
١٤	**0.735	٣٢	0.298
١٥	*0.407	٣٣	**0.661
١٦	**0.639	٣٤	0.170
١٧	**0.526	٣٥	**0.802
١٨	0.340	٣٦	**0.751

**ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.٣٦١

*ر الجدولية عند درجة حرية (٢٨) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.٤٦٣

يبين الجدول السابق معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى (٠.٠٥، ٠.٠١) عدا الفقرات (٩، ١١، ١٨، ٣١، ٣٢، ٣٤) فهي غير دالة إحصائياً وتم حذفها، يتبين أن معاملات الارتباط محصورة بين المدى (٠.٣٧٨ – ٠.٨٢٦) ، وكذلك قيمة ر المحسوبة أكبر من قيمة ر الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) ودرجة حرية (٢٨) والتي تساوي (٠.٣٦١)، وبذلك تعتبر فقرات الاستبانة صادقة لما وضعت لقياسه وحيث أصبحت الاستبانة مكوناً من (٣٠) فقرة تتراوح درجته الكلية بين (٠- ٦٠) درجة.

ثبات الاستبانة:

تم تقدير ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية وذلك باستخدام طريقتي معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

١-طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات الاستبانة بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للمقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون فكانت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية قبل التعديل (٠.٨٧٧) وكان بعد التعديل فوق (٠.٩٣٤) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

٢-طريقة ألفا كرونباخ:

استخدم الباحث طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، وذلك لإيجاد معامل ثبات المقياس، حيث حصل على قيمة معامل ألفا كرونباخ (٠.٩٠٩) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحث إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

١- تم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) Stochastic Package for Social Science ،لتحليل البيانات ومعالجتها.

٢- تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية للتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة:

- **معامل ارتباط بيرسون:** التأكد من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة وذلك بإيجاد معامل "ارتباط بيرسون" بين كل بعد والدرجة الكلية للاستبانة.
- **معامل ارتباط سبيرمان بروان للتجزئة النصفية المتساوية، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية غير المتساوية، ومعامل ارتباط ألفا كرونباخ:** للتأكد من ثبات أداة الدراسة.

٣- تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية لتحليل نتائج الدراسة الميدانية:

- النسب المئوية والمتوسطات الحسابية.
- اختبار T.test independent sample لمعالجة الفروق بين مجموعتين .
- تحليل التباين الأحادي.

الفصل الخامس
نتائج الدراسة وتفسيرها

- ❖ عرض نتائج الدراسة وتفسيرها
- ❖ توصيات الدراسة
- ❖ مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة :

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة واستعراض أبرز نتائج المقياس التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، بهدف التعرف على **الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري**، وكذلك ترتيب أبعاد الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، كما تم دراسة هذا المستوى في ضوء مجموعة من المتغيرات هي:

١. جنس الطفل الأصم.
٢. عمر الطفل الأصم.
٣. درجة الإعاقة السمعية.
٤. ترتيب الطفل الأصم في الأسرة.
٥. عدد الأطفال الصم داخل الأسرة .

وقد تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من استبانة الدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS)، للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

السؤال الأول:

ينص السؤال الأول من أسئلة الدراسة على : " **ما مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى أطفال الصم بمحافظة غزة ؟**

وللإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (14)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك ترتيبها (ن =١٩٧)

الأبعاد	عدد الفقرات	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
الميزان الاجتماعي	٥	1370	6.954	2.631	69.54	1
ميزان زيادة الحركة	٥	969	4.919	2.444	49.19	2
ميزان الأعراض العاطفية	٥	807	4.096	3.219	40.96	3
ميزان المشاكل السلوكية	٥	689	3.497	2.782	34.97	5
مقياس مشاكل الأصحاب	٥	801	4.066	1.879	40.66	4
المجموع	٢٥	4636	23.533	6.590	47.07	

يتضح من الجدول السابق أن الميزان الاجتماعي حصل على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٩.٥٤%)، وحصل **ميزان زيادة الحركة** على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩%)، وحصل **ميزان الأعراض العاطفية(القلق والاكتئاب)** على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره (٤٠.٩٦%)، في حين حصل **مقياس مشاكل الأصحاب** على المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره (٤٠.٦٦%)، وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (٣٤.٩٧%) أما الدرجة الكلية للمقياس ككل حصل على وزن نسبي (٤٧.٠٧%).

ويعزو الباحث حصول الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره (٦٩.٥٤%)، يرجع إلى أن الأطفال الصم يسعون إلى مساعدة الآخرين كونهم يشعرون بالحاجة إلي الآخرين وطيب المعاملة منهم فإنهم يبادلون الناس هذا الشعور كي لا يقصر أحداً في مساعدتهم أو الشفقة عليهم بمساعدتهم ، وكذلك فإن تواصلهم مع الآخرين من خلال المشاركة والتطوع لأن عنصر اللغة عند هذه الفئة محدود إن لم يكن معدوم فهذا هو السبيل الأمثل للتعبير عن وجودهم،

وحصل ميزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره (٤٩.١٩%)، ولهذا يرى الباحث أن ميزان الحركة الزائدة بتربع على عرش الاضطرابات لدى الطفل الأصم وهذا يتوافق مع دراسة

كلاً من (القمش،١٩٩٤)،(وريكات والشحروري، ١٩٩٦)،(وافي،٢٠٠٦) فإن الحركة الزائدة لدى الطفل الأصم تأتي محاولةً منه لفرض ذاته على العالم المحيط بهوا إثبات وجوده ضمن المجتمع فترى أكثرهم يسعى وبشكل ملحوظ لا شعوري لكسر جدار العزلة الذي تضربه الإعاقة نحوهم، فيحولون الصمت المطبق لحركة دؤوبة ونشيطة غالباً ما تزيد عن الحد المقبول فتصبح مصدر إزعاج للمحيط واضطراباً يوسم سلوكهم ويحاولون من خلاله جذب انتباه الآخرين إليهم، وكطريقة لا مباشرة يستخدمها الطفل الأصم لتفريغ طاقاته الكامنة وا إشباع رغباته.

وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي (٣٤.٩٧%) ، ومع أنها قليلة في مكونهم النفسي إلا أنها أعلى من الأطفال الأسوياء، حيث إن التوافق الأسرى الذي تم التوصل إليه لدى الصم كان مرتفعاً لحد ما وتوصلت الدراسة إلى أن السلوك العدواني لدى الصم كان منخفضا نسبياً وعلى ذلك يتضح أن هناك علاقة ارتباطيه ذات دلالة سالبة بين التوافق الأسرى و السلوك العدواني فالأطفالالذين يتمتعون بتوافق أسري عالٍ تنخفض لديهم السلوكيات العدوانية نظراً لاتزانهم الانفعالي واتفاقهم مع المجتمع الذي ينتمون إليه. وهذا يتفق مع ما جاءت به دراسة(القمش،٢٠٠٦)، و(الحربي،٢٠٠٣) بيد أننا حينما نراه يستخدم أساليب عنيفة في التفاعل مع بيئته، ويبدي نمطاً من العدائية أو عدم التعاون أو المخادعة والتلاعب ؛ فهذا محاولة من الأصمليكون أكثر تأثيراً في تلك البيئة وهذا يتفق مع دراسة (الصايغ،٢٠٠١).

السؤال الثاني من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثاني من أسئلة الدراسة على : " **ما مستوى التوافق الأسري لدى طلبة الصم بمحافظة غزة ؟**

وللإجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجداول التالية توضح ذلك:

الجدول (15)

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي للمقياس ككل (ن =١٩٧)

الفقرة	مجموع الاستجابات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
الدرجة الكلية للتوافق الأسري	**8193**	**41.589**	**15.452**	**69.31**

يتضح من الجدول السابق **أن الدرجة الكلية للتوافق الأسري حصل على وزن نسبي (٦٩.٣١%).**

يرى الباحث أن مستوي التوافق الأسري الجيد هذا يرجع إلى تقبل الأسرة لوجود معاق بينها ووجود المحبة المتبادلة وتحمل المسئولية المشتركة والقدرة على مواجهة وحل المشكلات، وبالتالي الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب واحتياجات الأسرة وسلامة العلاقة بين الأبناء في الأسرة والمساواة في التعامل معهم سواء كان أصم أو سليماً معافى، ومشاركة الجميع في زيارة الأقارب وتوطيد العلاقات الاجتماعية، كل ذلك يساهم بفاعلية في تحقيق التوافق الأسري وهذا يتفق مع دراسة (الدعدي،٢٠٠٩).

كما يرى الباحث أن النمط الاجتماعي الذي يتميز به سكان قطاع غزة حيث أن العديد من الأسر لا تزال تعيش ضمن نظام الأسر الممتدة والتواصل الاجتماعي القوي بين الأقرباء والجيران في المجتمع يساعد على ارتفاع مستوى التوافق الأسري عند أسر الاطفال الصم. وقد تصبح إعاقة الطفل وسيلة من وسائل تدعيم العلاقة بين أفراد الأسرة وتجعلهما أكثر تفهماً وانسجاماً، وذلك من أجل مواجهة إصابة طفلهما وهذا يتفق مع دراسة (العرعير،٢٠١٠)

وبالتالي وجود جو من التوافق داخل الأسرة، ستخلو منه كلمات اللوم والعتاب وتحل مكانها كلمات التسامح والمحبة انطلاقا من ثقافة مثل المؤمنين دوادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد الواحد، يجد فيها الطفل الأصم من يتفهمه ويتوافق معه ويضفي على نفسيته بالتقبل الذاتي والتوافق النفسي والاجتماعي.

الإجابة عن السؤال الثالث من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثالث من أسئلة الدراسة على: " هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الاضطرابات السلوكية الانفعالية ومستوى التوافق الأسري لدى الأطفال الصم بمحافظة غزة ".

وللاجابة عن هذا التساؤل قام الباحث باستخدام معامل ارتباط بيرسون والجدول (٢٣) يوضح ذلك:

جدول (16)

معامل ارتباط بيرسون بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية والتوافق الأسري

المقياس	الاضطرابات السلوكية الانفعالية	مستوى الدلالة
التوافق الأسري	- **0.743	دالة عند ٠.٠١

ر الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٠.١٣٨

ر الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٠.١٨١

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين **الاضطرابات السلوكية الانفعالية والتوافق الأسري** أي انه كلما زاد مستوى **التوافق الأسري** ، قلت **الاضطرابات السلوكية الانفعالية لدى الصم بمحافظة غزة**.

ويفسر الباحث أي كلما زاد الاهتمام من جميع أفراد الأسرة ب الصم يقلل من حدة الاضطرابات لديهم حيث إنالأسرة تلعب دوراً هاماً في التخفيف من الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى طفلها الأصم، حيث تعتبر التنشئة الاجتماعية والتقبل النفسي والاتزان منبعاً رئيسياً لهما وكل ذلك يلعب دوراً هاماً في بناء شخصيته كغيره من في مثل سنه. (زهران،٢٠٠٥)

إضافة إلى الخدمات المقدمة للأطفال الصم من خلال المؤسسات والجمعيات التي تهتم برعايتهم والأخصائيين العاملين في هذا المجال له أثر كبير على التخفيف من مستوى الاضطرابات السلوكية والانفالية لديهم، وأن دور جمعيات ومؤسسات الإعاقة هام جد ًا في تحقيق مستوى جيد من التوافق الأسري لدى أسرة الأصم (الاشقر،٢٠٠٢:٦٥). فهذه الجمعيات والمؤسسات عادة ما تقوم بأغراض متعددة وهي تعمل كملتقى يساعد المعاقين على تحقيق الاندماج التدريجي عن طريق الاختلاط المحدود بالمعوقين أقرانه وكذلك العاديين مما يضمن توفير بيئة آمنة لتجربة

أدواته ووسائله الخاصة في الانتماء للغير ومحاولة التوافق معهم كما تعمل تلك الجمعيات كمراكز للالتقاء بآباء المعوقين وذويهم لتبادل الآراء ومناقشة مشكلاتهم المشتركة وتنظيم جهودهم لتحقيق كل ما من شأنه التخفيف من مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ومساعدة الطفل الأصم على تحقيق قدر عالٍ من التوافق و الاندماج، كما أنها تعمل على تسهيل الحصول على الخدمات التخصصية وتقديم المعلومات والإرشاد. كما أن وعي الأسرة بحقيقة الاضطرابات وأسباب حدوثها من خلال خدمات الإرشاد والتوجيه المقدمة لهن لها أيضاً دور كبير في الحصول على هذه النتيجة.

الإجابة عن السؤال الرابع من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الرابع من أسئلة الدراسة على : " **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≥ ٠.٠٥) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات الاطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)**

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار "T. test" والجدول (٢٤) يوضح ذلك:

جدول (17)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمقياس تعزى لمتغير الجنس (ذكر، إنثى)

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الميزان الاجتماعي	ذكر	89	6.764	2.714	0.921	0.358	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	7.111	2.563			
ميزان زيادة الحركة	ذكر	89	5.180	2.609	1.364	0.174	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	4.704	2.289			
ميزان الأعراض العاطفية	ذكر	89	4.157	3.364	0.240	0.810	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	4.046	3.110			
ميزان المشاكل السلوكية	ذكر	89	3.640	2.793	0.654	0.514	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	3.380	2.781			
مقياس مشاكل الأصحاب	ذكر	89	4.135	1.817	0.466	0.642	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	4.009	1.936			
الدرجة الكلية	ذكر	89	23.876	6.772	0.663	0.508	غير دالة إحصائية
	أنثى	108	23.250	6.453			

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ١.٩٦

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٢.٥٨

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة اقل من قيمة "ت" الجدولية في المجالات والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

ويعزو الباحث عدم وجود فروق في مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية تعزى لمتغير جنس الطفل المعاق (ذكر، أنثى) إلى أن وجود فرد معاق سمعياً داخل الأسرة يعني وجود الإعاقة،

بغض النظر عمن هو المعاق سواء أكان ذكراً أم أنثى، وهذا يتفق مع العديد من الدراسات منها دراسة (القمش،٢٠٠٦)و التي أظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها المعوقين و جنس الطفل، هذا فضلاً عن أن الإعاقة تترك نفس التأثير على الأسرة حتى في ظل اختلاف نوع المعاق سمعياً إضافة إلى أن خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل المقدمة لهم تقدم لكلا الجنسين من المعاقين، وأن عائلات يتمتعوا بدرجة عالية من التوافق الأسري، الأمر الذي يعكس نظرة إيجابية للجنسين على السواء.

و يرى الباحث أنه ورغم بعض العادات المجتمعية التي كانت تسود في قطاع غزة والمتمثلة في التمييز بين الذكر والأنثى سواء كان ذلك متعلقاً بالطبيعيين أو بالمعاقين، إلا أن هذه النتيجة تعطي مؤشراً طيباً على تحول إيجابي للمجتمع نحو نظرة عادلة للذكر والأنثى. وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة. (وافي،٢٠٠٦).

الإجابة عن السؤال الخامس من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الخامس من أسئلة الدراسة على: " **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≤ ٠.٠٥) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات الأطفال الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير العمر(أقل من ١٠ سنوات، أكبر من ١٠ سنوات)**

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام اختبار "T. test" والجدول (٢٤) يوضح ذلك:

جدول (18)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمقياس تعزى لمتغير العمر

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الميزان الاجتماعي	أقل من ١٠ سنوات	96	6.875	2.649	-0.412	0.681	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	7.030	2.625			
ميزان زيادة الحركة	أقل من ١٠ سنوات	96	5.188	2.394	1.509	0.133	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	4.663	2.475			
ميزان الأعراض العاطفية	أقل من ١٠ سنوات	96	4.188	3.268	0.386	0.700	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	4.010	3.186			
ميزان المشاكل السلوكية	أقل من ١٠ سنوات	96	3.625	2.840	0.626	0.532	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	3.376	2.734			
مقياس مشاكل الأصحاب	أقل من ١٠ سنوات	96	3.990	1.827	-0.555	0.579	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	4.139	1.934			
الدرجة الكلية	أقل من ١٠ سنوات	96	23.865	6.477	0.688	0.492	غير دالة إحصائية
	أكبر من ١٠ سنوات	101	23.218	6.712			

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ١.٩٦

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية (١٩٥) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٢.٥٨

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة اقل من قيمة "ت" الجدولية في المجالات والدرجة الكلية للمقياس، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن العمر لا يؤثر على وجود الاضطرابات لدى الطفل الأصم، وذلك لأن الإعاقة السمعية تترك نفس التأثيرات في حال وجود ابن معاق سمعياً سواء كان في مرحلة الطفولة الأولي أو المتأخرة. وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة و(صوالحة، ١٩٩٩) كما يفسر الباحث عدم وجود فروق بسبب قرب الفئات من نفسها، ويرى الباحث أنه لو تم مقارنة طفل وجد في المؤسسة بعد سن ١٤ سنة، بطفل قبل ١٤ سنة لوجدت الفروق في صالح الكبير بعد (١٤) سنة.

الإجابة عن السؤال السادس من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال السادس من أسئلة الدراسة على: " **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≤ ٠.٠٥) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات طلبة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير درجة الإعاقة (خفيفة، متوسطة، شديدة، عميقة)**
وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (19)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير درجة الإعاقة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الميزان الاجتماعي	بين المجموعات	145.164	3	48.388	7.709	0.000	دالة عند ٠.٠١
	داخل المجموعات	1211.424	193	6.277			
	المجموع	1356.589	196				
ميزان زيادة الحركة	بين المجموعات	55.762	3	18.587	3.218	0.024	دالة عند ٠.٠٥
	داخل المجموعات	1114.938	193	5.777			
	المجموع	1170.701	196				
ميزان الأعراض العاطفية	بين المجموعات	298.010	3	99.337	11.062	0.000	دالة عند ٠.٠١
	داخل المجموعات	1733.157	193	8.980			
	المجموع	2031.168	196				
ميزان المشاكل السلوكية	بين المجموعات	144.710	3	48.237	6.783	0.000	دالة عند ٠.٠١
	داخل المجموعات	1372.539	193	7.112			
	المجموع	1517.249	196				
مقياس مشاكل الأصحاب	بين المجموعات	19.892	3	6.631	1.904	0.130	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	672.250	193	3.483			
	المجموع	692.142	196				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	589.445	3	196.482	4.787	0.003	دالة عند ٠.٠١
	داخل المجموعات	7921.591	193	41.045			
	المجموع	8511.036	196				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٤.٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٣.٠٤

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في جميع المجالات والدرجة الكلية للمقياس عدا مجال مقياس مشاكل الأصحاب، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير درجة الإعاقة، وللتعرف إلى اتجاه الفروق قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه Scheffe المعياري والجداول (٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١) توضح ذلك:

جدول (20)

يوضح اختبار شيفيه في الميزان الاجتماعي تعزى لمتغير درجة الإعاقة

	خفيفة 8.783	متوسطة 6.750	شديدة 7.088	عميقة 5.611
خفيفة 8.783	0			
متوسطة 6.750	*2.033	0		
شديدة 7.088	*1.694	0.338	0	
عميقة 5.611	*3.171	1.139	1.477	0

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة لصالح الخفيفة، وبين الخفيفة والشديدة لصالح الخفيفة، وبين الخفيفة والعميقة لصالح الخفيفة، ولم يتضح فروق فيدرجات الإعاقة الأخر ى.

ويعزو الباحث ذلك إلى الخصائص التي يتمتع بها الأصم ذو الدرجة الخفيفة من الإعاقة، حيث أنه يتلقى تعزيزات لفظية من الآخرين، ويتمكن من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار ويحاول تقليدها، وهذا يعنى أنه غير محروم بشكل كلي من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها. ويستطيع أن يشارك المحيط الاجتماعي بمقدار السمع و اللغة البسط الذي يتمتع به، أو أن يتكيف _ ولو بالقدر الضئيل_ اجتماعياً ونفسيا وانفعالياً، ويعي عناصر بيئته (أبو حمزة،٢٠٠٣) فدرجة سمعه الخفيفة تؤهله من الناحية العملية

الوظيفية لمسايرة الحياة الاجتماعية والأنشطة العاديةمع الآخرين،فإشراكه بالمحادثات وا قامة علاقات معه وا كسابه الإحساس بالانتماء لأسرته يشعره بالأمن والطمأنينة.وهذا يتفق مع دراسة العرعير(٢٠١٠)، وقد أشارت نتائج دراسة (القمش،٢٠٠٦) كذلك إلى وجود علاقة قوية بين كل من المشكلات السلوكية التي يظهرها المعوقين عقليا داخل المنزل ودرجة الإعاقة التي يعاني منها. وكذلك فقد توصلت دراسة (خصيفان، ٢٠٠٠) لوجود فروق في التكيف الشخصي والاجتماعي والعام بين السويات والمعوقات سمعياً لصالح السويات وبين الصم منهن وضعيفات السمع لصالح ضعيفات السمع.

جدول (21)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان زيادة الحركة تعزى لمتغير درجة الإعاقة

	خفيفة 4.435	متوسطة 4.667	شديدة 4.725	عميقة 6.028
خفيفة 4.435	0			
متوسطة 4.667	0.232	0		
شديدة 4.725	0.291	0.059	0	
عميقة 6.028	*1.593	*1.361	*1.302	0

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقة لصالح العميقة، ولم يتضح فروق فيدرجات الإعاقة الأخر ى.

جدول (22)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان الأعراض العاطفية تعزى لمتغير درجة الإعاقة

	خفيفة 2.565	متوسطة 3.667	شديدة 3.716	عميقة 6.583
خفيفة	0			

2.565				
متوسطة 3.667	1.101	0		
شديدة 3.716	1.150	0.049	0	
عميقة 6.583	*4.018	*2.917	*2.868	0

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقة لصالح العميقة، ولم يتضح فروق فيدرجات الإعاقة الأخر ى.

جدول (23)

يوضح اختبار شيفيه في ميزان المشاكل السلوكية تعزى لمتغير درجة الإعاقة

	خفيفة 1.609	متوسطة 3.750	شديدة 3.382	عميقة 4.778
خفيفة 1.609	0			
متوسطة 3.750	*2.141	0		
شديدة 3.382	*1.774	0.368	0	
عميقة 4.778	*3.169	1.028	1.395	0

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والمتوسطة والشديدة والإعاقة العميقة لصالح العميقة، ولم يتضح فروق فيدرجات الإعاقة الأخر ى.

جدول (24)

يوضح اختبار شيفيه في الدرجة الكلية للمقياس تعزى لمتغير درجة الإعاقة

	خفيفة **21.130**	**متوسطة** **23.556**	**شديدة** **22.873**	**عميقة** **26.917**
خفيفة **21.130**	0			
متوسطة **23.556**	2.425	0		
شديدة **22.873**	1.742	0.683	0	
عميقة **26.917**	*5.786	3.361	*4.044	0

* دالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد فروق في درجة الإعاقة الخفيفة والعميقة لصالح العميقة، وبين الشديدة والعميقة لصالح العميقة، ولم يتضح فروق فيدرجات الإعاقة الأخر ى.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأنها تأتي متفقة مع المنطق والواقع إذ إنه وبزيادة شدة الإعاقة تزداد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم، وبالتالي تؤثر على مستوى التوافق الأسرى لديهم.

وتحول درجة الإعاقة دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي وتبدو أثار الإعاقة واضحة على كثير من سلوك وانفعالات الأصم المضطربة، وانطلاقاً من خبرة الباحث في هذا المجال يرى أن زيادة شدة الإعاقة أيضاً تؤثر على مستوى التوافق الاجتماعي والأسري لدى الصم وعلى تقدم نمو وتطور الطفل المعاق في نواحي ومجالات النمو المختلفة، وأن هناك علاقة طردية بين درجة الإعاقة وبين تقدم عملية تأهيل المعاق، إذ إن الصم والمصنفين بدرجة إعاقة شديدة يعانون من اضطرابات شديدةوأن هناك بطئاً شديداً في عملية النمو يصاحب العملية التأهيلية، وكلما خفت درجة الإعاقة كلما قل ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية وارتفع مستوى التوافق الأسري.

الإجابة عن السؤال السابع من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال السابع من أسئلة الدراسة على : " **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≤ ٠.٠٥) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات طلبة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة (١-٣، ٤-٦، ٧ فأكثر)**

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (25)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير ترتيب الطفل داخل الأسرة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الميزان الاجتماعي	بين المجموعات	22.530	2	11.265	1.638	0.197	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1334.059	194	6.877			
	المجموع	1356.589	196				
ميزان زيادة الحركة	بين المجموعات	14.562	2	7.281	1.222	0.297	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1156.138	194	5.959			
	المجموع	1170.701	196				
ميزان الأعراض العاطفية	بين المجموعات	57.398	2	28.699	2.821	0.062	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1973.769	194	10.174			
	المجموع	2031.168	196				
ميزان المشاكل السلوكية	بين المجموعات	38.418	2	19.209	2.520	0.083	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1478.830	194	7.623			
	المجموع	1517.249	196				
مقياس مشاكل الأصحاب	بين المجموعات	8.412	2	4.206	1.193	0.305	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	683.730	194	3.524			
	المجموع	692.142	196				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	238.469	2	119.234	2.796	0.064	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	8272.567	194	42.642			
	المجموع	8511.036	196				

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٤.٧١

ف الجدولية عند درجة حرية (٢،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٣.٠٤

وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في **جميع المجالات، والدرجة الكلية للمقياس** ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرترتيب الطفل في الأسر ة.

ويعزو الباحث ذلك إلى أن هذا ناتج عن طبيعة الإعاقة السمعية، حيث أن المعاق سمعياً هو معاق بالدرجة الأولى مهما كان ترتيبه داخل الأسرة ، بمعنى أن هناك خصائص مشتركة تجمع بين غالبية المعاقين سمعياً، وهي الخصائص التي تفرضها الإعاقة السمعية، فتجعل المعاقين سمعياً يحاولون التخلص من اتجاهات الآخرين السلبية في التعامل معهم والنظرة الدونية إليهم، لذلك فهم يحاولون التغلب على هذه المشكلات التي تواجههم، وشق طريقهم إلى الاندماج في المجتمع، وأن يقتحموا حواجز الإعاقة لكي يكونوا فاعلين، معتمدين على أنفسهم وليسوا عالة على الآخرين.

الإجابة عن السؤال الثامن من أسئلة الدراسة:

ينص السؤال الثامن من أسئلة الدراسة على : " **هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α ≤ ٠.٠٥) في الاضطرابات السلوكية الانفعالية بين متوسطات طلبة الصم بمحافظة غزة تعزى لمتغير عدد الصم داخل الأسرة (١، ٢، ٣، ٤)**

وللإجابة عن هذا السؤال قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA .

جدول (26)

مصدر التباين ومجموع المربعات ودرجات الحرية ومتوسط المربعات وقيمة "ف" ومستوى الدلالة تعزى لمتغير عدد الصم داخل الأسرة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الميزان الاجتماعي	بين المجموعات	30.446	3	10.149	1.477	0.222	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1326.143	193	6.871			
	المجموع	1356.589	196				
ميزان زيادة الحركة	بين المجموعات	36.107	3	12.036	2.047	0.109	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1134.594	193	5.879			
	المجموع	1170.701	196				
ميزان الأعراض العاطفية	بين المجموعات	44.984	3	14.995	1.457	0.228	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1986.183	193	10.291			
	المجموع	2031.168	196				
ميزان المشاكل السلوكية	بين المجموعات	54.259	3	18.086	2.386	0.070	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	1462.990	193	7.580			
	المجموع	1517.249	196				
مقياس مشاكل الأصحاب	بين المجموعات	14.779	3	4.926	1.404	0.243	غير دالة إحصائية
	داخل المجموعات	677.363	193	3.510			
	المجموع	692.142	196				
الدرجة الكلية	بين المجموعات	175.214	3	58.405	1.352	0.259	غير دالة

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
	داخل المجموعات	8335.822	193	43.191			إحصائية
	المجموع	8511.036	196				

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠١) = ٣.٨٨

ف الجدولية عند درجة حرية (٣،١٩٦) وعند مستوى دلالة (٠.٠٥) = ٢.٦٥

وأن قيمة "ف" المحسوبة أقل من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) في **جميع المجالات، والدرجة الكلية للمقياس** ، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسر ة.

يرى الباحث أنه ولتفسير الإجابة على السؤال الثامن أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

و يرى الباحث أن الإعاقة لها نفس الوقع والتأثير على الأسرة أياً كان عدد المعاقين فيها، وأن النتيجة المتوقعة من عملية الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة تؤثر إيجابياً على الأسرة سواء كان لديها معاق واحد أو أكثر. كما أنه وفي ظل توفر الدعم المالي والاجتماعي للأسرة يزداد مع زيادة عدد المعاقين فيها مما يؤدي إلى تدني في مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية وارتفاع في مستوى التوافق الأسري.

كما يرى الباحث أن التعاليم الإسلامية التي يتمتع بها المجتمع الفلسطيني لها الأثر الأكبر في عدم تأثير مستوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية علي متغير عدد المعاقين في الأسرة، فالإسلام يدعو إلى إيمان وصلة قوية بالله تريح النفس وترضي العقل والشعور، وتسمو بالأفراد و الجماعات.إن الإسلام بكل هذه التعاليم يخلق الجو الصحي نفسياً وعقلياً ويقضي على أكثر ما تعانيه مجتمعاتنا المعاصرة من الشعور بالاغتراب والإحباط والشعور بالعجز وما يصاحب ذلك من عنف وتوتر وجريمة.

و بالرغم من ندرة الدراسات التي تناولت دراسة متغير عدد المعاقين في الأسرة فقد اتفقت دراسة (القمش:٢٠٠٦) مع نتيجة هذا الفرض حيث توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

التوصيات والمقترحات

أولاً : التوصيات

بالرجوع إلي نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يلي:

١. أن يقوم المختصين بوضع خطط علاجية للاضطرابات السلوكية والانفعالية بأبعادها المختلفة لدى الصم بهدف التغلب عليها .

٢. ضرورة توعية أولياء الأمور بمستوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الصم، وما يترتب عليها من مشاكل مستقبلية.

٣. أن يقوم المرشدين التربويين في مؤسسات التربية الخاصة للأطفال الصم بوضع برامج تقويمية للسلوك أملاً في عدم الانحدار بذلك السلوك إلى درجة الاضطراب الذي قد يكون له تأثيره على مستوى توافقهم الأسري.

٤. يري الباحث أهمية دور الأسرة في التخفيف من الاضطرابات التي تواجه الصم وذلك عن طريق الاهتمام والعناية والتواصل مع المراكز المهتمة بأطفالهم.

٥. تنظيم البرامج التلفزيونية التي تسهم في توعية المجتمع بأسباب الإعاقة السمعية وأساليب الوقاية منها وكيفية التعامل مع هؤلاء المعاقين حتى يساعدهم على التوافق مع أفراد المجتمع بما يعمل على تثقيف المجتمع بظروف الإعاقات المختلفة.

٦. أن تعمل الجهات المعنية على تطوير مستوى وعي الأسرة والمجتمع بالأهمية الكبيرة للغة الإشارة وضرورة تدريبهم على تعلمها عن طريق البرامج التوعوية من خلال وسائل الإعلام المختلفة، وتصحيح بعض المفاهيم والاتجاهات الخاطئة.

٧. علي الجهات المعنية توفير الأجهزة والمعينات السمعية بالشكل الذي قد يساعدهم على ممارسة مهارات الحياة، وفي النواحي التعليمية والاجتماعية.

٨. الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة ومساعدة هذه الحالات على الاستفادة من خدمات المؤسسة.

٩ توفير فرص عمل للصم بما يتوافق مع قدراتهم وإمكاناتهم التي تم تدريبهم عليها خلال التأهيل المهني في المدارس الخاصة.

ثانياً : المقترحات

يقدم الباحث بعض العناوين لدارسات مستقبلية علها تضيف شيئا يوضح أهمية الموضوع ويساعد في التعامل مع موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية من جوانب اخرى.

١. دراسة سمات الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الطفل الأصم في قطاع غزة.
٢. دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية وعلاقتها ببعض المتغيرات (بتقدير الذات / ومهارات الحياة / النظرة للمستقبل) لدى الصم.
٣. تصميم برنامج إرشادي في علاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الصم.
٤. أثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأبعادها المختلفة على التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.
٥. إجراء نفس الدراسة الحالية على عينات أخرى من المعاقين (بصرياً وحركياً).
٦. دراسة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال الصم و(أساليب التنشئة الاجتماعية / القبول والرفض الوالدي / التوافق الزواجي).
٧. إجراء نفس الدراسة الحالية على الصم والعاديين (دراسة مقارنة) بعد الحرب الأخيرة على غزة.

المصادر والمراجع

١. آدم، حاتم محمد (٢٠٠٣): **الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى ١٢ سنة**، ط ١، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر.

٢. الأغا ، إحسان (١٩٩٧) : **البحث التربوي (عناصره، مناهجه، أدواته)**، ط٢، مطبعة الرنتيسي، غزة.

٣. أبو الخير، عبد الكريم قاسم (٢٠٠١): **أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

٤. أبو السعود، شادي محمد السيد(٢٠٠٤): **فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين ضعاف السمع**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

٥. أبو جاموس، أسامة(٢٠٠٩): **الاضطرابات الانفعالية ومهارات حل المشكلات لدي المراهقين**، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الرسائل الجامعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

٦. أبو حطب، ياسين مسلم(٢٠٠٢): **فعالية برنامج مقترح السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع الأساسي بمحافظات غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة،فلسطين.

٧. أبو حمزة، عيد جلال على(٢٠٠٣): **دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من مرضى الطنين والدوار**، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة طنطا، مصر

٨. أبو رياح، محمد مسعود(٢٠٠٦): **المشكلات السلوكية لدى التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء (دراسة تشخيصية)**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية،جامعة الفيوم، القاهرة.

٩. أبوشمالة، أنيس عبد الرحمن (٢٠٠٣): **أساليب الرعاية في مؤسسات رعاية الأيتام وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٠. أبو مصطفى، نظمي والنجار، محمد (١٩٩٨): **مقدمة في الصحة النفسية**، ط ١مطبعة المقداد، غزة، فلسطين.

١١.أحمد، سهير كامل (١٩٩٨): **سيكولوجية نمو الطفل " دراسات نظرية وتطبيقات عملية** " مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.

١٢.أحمد، سهير كامل(٢٠٠٣): **الصحة النفسيةوالتو افق**، ط ٢، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.

١٣.الأستاذ، زينب محمد والزيناتي، هيام محمد والأستاذ، فاطمة محمد (٢٠٠٢): **أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة الصف العاشر في مدينة غزة،** بحث محكم(غير منشور)، قسم البحوث العلمية، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٤.أسعد، ميخائيل (١٩٩٤): **علم الاضطرابات السلوكية**، ط ١، دار الجيل، بيروت، لبنان.

١٥.الأشقر، علاء الدين محمد(٢٠٠٢): **الخدمات المقدمة للأطفال الصم وعلقتها بسماتهم الشخصية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٦.إقبال محمد بشير، سلمى محمود جمعة (١٩٨٦): **ديناميكية العلاقات الأسرية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

١٧.باظه، آمال عبد السميع (١٩٩٩): **بحوث وقراءات في الصحة النفسية**، ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

١٨.بخش، أميرة طه (٢٠٠٤): **أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة منأمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية**، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد ٨، العدد ٣، ص ص ١٣-٣٥، كلية التربية، جامعة البحرين، البحرين.

١٩.بن علو، الأزرق (٢٠٠٣): **كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

٢٠.البشر، سعاد عبد الله (٢٠٠٥): **التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد** ، دراسات نفسية ، المجلد (١٥) العدد (٣) ، يوليو ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢١.بشرى ، صمويل تامر (٢٠٠٣): **الاكتئاب والعلاج بالواقع** ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

٢٢.بشناق، رأفت محمد(٢٠٠١): **دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية**، الطبعة الأولي، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

٢٣.بلان، كمال يوسف (٢٠٠٩): **دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم**، مجلة جامعة دمشق – المجلد ٢٥ – العدد١+٢، ص ١٥- ٤٦،كلية التربية، جامعة دمشق.

٢٤.بقرى، مي كامل(٢٠٠٩): **إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية (١١-١٢) بمدينة مكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.

٢٥. تفاحة، جمال السيد(٢٠٠٦): **سلوك الغضب لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين وأثر برنامج إرشادي معرفي/ سلوكي في تعديله**، مجلة البحث في التربية وعلم النفس بجامعة المنيا، المجلد ١٩، العدد الثالث، ص ٣٧-١٠٢، مصر.

٢٦.بطرس، بطرس حافظ(٢٠٠٧): **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**، ط(١)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٢٧. بهادر ،سعيدية محمد (١٩٨٣): **دليل الآباء و المعلمين في مواجهة المشكلات اليومية للأطفال والمراهقين**، ط١ ، مطبعة الرسالة الكويت

٢٨.التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن(٢٠٠٦): **تربية الأطفال المعاقين سمعياً في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة**، ط(١)، الدار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.

٢٩.ثابت، عبد العزيز(١٩٩٨): **الطب النفسي للأطفال والمراهقين**، الطبعة الأولى، المطبعة الجديدة، جامعة دمشق.

٣٠.جاد، صلاح و آخرون (٢٠٠٢): **إدماج مفاهيم التربية المدنية في الإرشاد التعليمي**، ط ١، مركز إبداع المعلم ، رام الله، فلسطين.

٣١.الجبالي، أشرف إبراهيم (٢٠٠٩): **المشكلات السلوكية لدي الأطفال بعد حرب غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٣٢.جبل، فوزي محمد(٢٠٠٠): **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.

٣٣.جلال، سعد (١٩٨٦): **في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

٣٤.جمعة، أمجد عزات (٢٠٠٥): **مدي فعالية برنامج إرشادي مقترح في السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية** ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية ، غزة، فلسطين.

٣٥.الحامد، جمال (٢٠٠٢): **اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة لدى الأطفال أسبابه و علاجه**، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، السعودية.

٣٦.حربى، عواض محمد(٢٠٠٣) : **العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم**، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

٣٧.حسن، مرسلينا شعبان(١٩٩٩): **حاجات الأولياء للتواصل مع أطفالهم المعوقين سمعياً وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

٣٨.حسين، علياء شكري(١٩٨٩): **الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة**، ط١، دار المعارف، مصر.

٣٩.حسين، محمد عبد المؤمن (١٩٨٦): **مشكلات الطفل النفسية**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر.

٤٠.حسين، محمود(١٩٨١): **الأسرة ومشكلاتها**، بيروت، دار النهضة العربية.

٤١.حلاوة، محمد السيد (١٩٩٦): **الرعاية الاجتماعية للطفل ألأصم (دراسة في الخدمة الاجتماعية)**، ط١، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع الإسكندرية.

٤٢.حمودة، محمود عبد الرحيم (١٩٩٨): **الطفولة والمراهقة – المشكلات النفسية والعلاج**، دار غريب للنشر والطباعة، القاهرة.

٤٣. حمزة، جمال مختار (١٩٩٥): **دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات المعوقين عقليا**، **مجلة علم النفس**، العدد ٣٥، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة.

٤٤.حنفي، غادة عبد الحميد(٢٠٠١): **دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها، رسالة ماجستير غير منشورة** ،جامعة عين شمس ، مصر.

٤٥.الحنفي، عبد المنعم (١٩٩٤): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، ج ٤، القاهرة، مكتبة مدبولي.

٤٦.الخشرمى، سحر أحمد (٢٠٠٤): **العلاج التربوي والأسرى لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه** " **دليل المعلم والأسرة** "، الرياض ، وكالة دار المصمم للدعاية والإعلان.

٤٧.الخطيب، جمال(١٩٩٣): **المشكلات التعليمية والسلوكية**، ط(١)، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.

٤٨.الخطيب، جمال(١٩٩٨): **مقدمة في الإعاقة السمعية**، دار الفكر، عمان – الأردن.

٤٩.الخطيب، محمد جواد (٢٠٠٤):**التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق**، ط ٣، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين.

٥٠.الخليدي، عبد المجيد و وهبي، كمال حسن (١٩٩٧): **الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال** ،الطبعة الأولي ،دار الفكر العربي،بيروت.

٥١.داود، عزيز حنا وآخرون (١٩٩٢): **الشخصية بين السواء والمرض**، ط(١) مكتبو الأنجلوالمصرية.

٥٢.سرحان، وليد والخطيب، جمال وحباشنه، محمد (٢٠٠٣): **سلوكيات الاكتئاب**، ط٣، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

٥٣.دحلان،أحمد محمد(٢٠٠٣): **العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدواني لدى الأطفال بمحافظات غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية، الجامعة الإسلامية ،غزة،فلسطين.

٥٤.الدسوقي، كمال(١٩٧٤): **علم النفس ودراسة التوافق**، دار النهضة العربية، بيروت.

٥٥.الدعدي ،غزلان شمسي محمد (٢٠٠٩) : **الضغوط النفسية والتوافق الأسري و الزواجي لدى عينة من أباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع و درجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة أم القرى، السعودية.

٥٦.دمنهوري – رشاد صالح (١٩٩٦) : " **بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي (دراسة مقارنة)**"، **مجلة علم النفس** ، عدد (٣٨) إبريل ،السنة (١٠)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.

٥٧.رجب، مصطفي محمد مصطفى(٢٠٠٨): **فعالية بعض فنيات تعديل السلوك في تخفيف أعراض النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً**، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية ، جامعة المنوفية– مصر.

٥٨.الروسان، فاروق(١٩٩٨): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، ط(٣)، دار الفكر ، عمان –الأردن.

٥٩.الزعبي، احمد محمد (٢٠٠١): **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والمدرسية عند الأطفال**، ط٢، دار الحكمة اليمانية، صنعاء، اليمن.
٦٠.زهران، حامد (٢٠٠٢): **التوجيه والإرشاد النفسي**، ط ٣، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
٦١.زهران، حامد عبد السلام(٢٠٠٥):**الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، عالم الكتب، القاهرة.
٦٢.سليمان، عبد الرحمن سيد(١٩٩٩): **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة المفهوم والفئات**، الجزء الأول، ط(١٩٩٩)، زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
٦٣.السمادوني، السيد إبراهيم (١٩٩٠): "**الانتباه السمعي و البصري لدى الأطفال ذوي فرط النشاط/ دراسة ميدانية**"، المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته- المجلد الثاني، ص ص ٩٣٥ -٩٥٣، جامعة عين شمس.
٦٤.شاذلي، عبد الحميد محمد (٢٠٠١): **التوافق النفسي للمسنين**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
٦٥.الشخص، عبد العزيز (١٩٨٤): **بحوث و دراسات في المشاكل السلوكية للأطفال: مقياس ن.ز للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال**"، **مجلة كلية التربية جامعة عين شمس**، العدد السابع- ١٢٨_٩٧ص، كلية التربية جامعة عين شمس، مصر.
٦٦.الشربيني، زكريا(٢٠٠١): **المشكلات النفسية عند الأطفال**، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر الجديدة.
٦٧.الشربيني، زكريا أحمد (٢٠٠٣): **سلوك الإنسان بين الجريمة والعدوان والإرهاب**،الطبعة الأولي، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
٦٨.شقير، زينب(١٩٩٩): **فاعليةبرنامج معرفي سلوكي متعدد المحاور مقترح في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطي النشاط" مجلة الآداب والعلوم الإنسانية**، جامعة المنيا، المجلد٣٤، ص ١٠-٧١.
٦٩.الشناوي، محمد محروس (١٩٩٦): **العملية الإرشادية العلاجية**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة.
٧٠.شيفر، شالز وميلمان، هوارد (١٩٩٦): **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها**، ترجمة: نسيمة داوود و نزيه حمدي، ط ٢، منشورات الجامعة الأردنية، عمان.
٧١.الصايغ، فالنتينا وديع (٢٠٠١): **فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الطلبة الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الفنية، جامعة حلوان، مصر

٧٢.صبره، أشرف (١٩٩٤): **دراسة للنشاط الزائد وقصور الانتباه لدى عينة من طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة أسيوط**، رسالة كتوراة غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس ، جامعة أسيوط.

٧٣.الصنعاني، عبده سعيد (٢٠٠٩)**العلاقة بين الاغتراب النفسي وأساليب المعاملة الوالدية لدى الطلبة المعاقين سمعياً في المرحلة الثانوية**، رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية، قسم التربية الخاصة، جامعة تعز، اليمن.

٧٤.الضبع،عبد الرؤوف(٢٠٠٢م): **علم الاجتماع العائلي**، دار الوفاء الإسكندرية،مصر.

٧٥.الظاهر، قحطان أحمد (٢٠٠٤): **تعديل السلوك**، الطبعة الأولي، دار وائل للنشر والتوزيع،عمان.

٧٦.عبد الله، سها أحمد(٢٠٠٦م):**الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الأطفال المتخلفين عقليا وعلاقتها بالتوافق الأسري**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق.

٧٧.عبد الباقي، علا(١٩٩٩): **علاج النشاط الزائد لدى الأطفال**، الجريسي للطباعة، القاهرة.

٧٨.عبد الحافظ، منال(٢٠٠٢): **فعالية العلاج باللعب في خفض النشاط الزائد لدى أطفال ما قبل المدرسة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، مصر.

٧٩.عبد الحميد، أحمد يحيى(١٩٩٨م): **الأسرة والبيئة**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٨٠.عبد العاطي، السيد وحسن، حسن محمد والرامخ، السيد وبيومي، محمد أحمد وعمر، نادية ورشاد، السيد(٢٠٠٤م). **علم اجتماع الأسرة**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٨١.عبد العزيز، سعيد (٢٠٠٥): **إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة**، ط(١)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٨٢.عبد الغفار، عبد السلام (١٩٨٣): **مقدمة في الصحة النفسية**، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة

٨٣.عبد الواحد، محمد فتحي عبد الحي (٢٠٠١): **الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل**، ط(١)، دار الكتاب الجامعي، العين- الإمارات العربية المتحدة.

٨٤.عبد الوهاب، ممتاز (٢٠٠١): القلق والاكتئاب بداية المعاناة من المرض النفسي.

٨٥.عبيد، ماجدة السيد(٢٠٠٠): **السامعون بأعينهم "الإعاقة السمعية"**، ط(١)، دار صفاء، عمان –الأردن.

٨٦.العتيق، أحمد (١٩٩٩): **التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعض جوانب الأداء العقلي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضين له**، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس– العدد الثالث والعشرون ص ٢٢٩_ ٢٢٧، كلية التربية، جامعة حلوان، مصر.

٨٧.العتيق، أحمد (٢٠٠٠): **تأثير التعرض لمستويات مختلفة من الضوضاء على ظهور شكل سلوكي ينذر باحتمالية الإصابة باضطراب الانتباه مفرط النشاط لدى عينات من أطفال مرحلة الطفولة الوسطي**، مجلة كلية التربية_ العدد الرابع والعشرون_ الجزء الرابع ص ١١٣– ١٥٠.

٨٨.عجلان،عفاف محمد محمود و طنطاوي ،أحمد عثمان(١٩٩٥): **بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال و المراهقين**،المجلة المصرية للدراسات النفسية– العدد الحادي عشر، ١٣١_٦٥ص.

٨٩. العرعير، محمد مصباح (٢٠١٠):**الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقاتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

٩٠.العزة، سعيد حسني(٢٠٠٠): **التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية**، ط(١)، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة، عمان– الأردن.

٩١.العزة، سعيد حسني(٢٠٠١): **الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، سلسلة التربية الخاصة**، ط(١)، الدار العلمية ودار الثقافة، عمان – الأردن.

٩٢.العزة، سعيد حسيني (٢٠٠٢): **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٩٣. عفانة ، عزو إسماعيل و كباجة نعيم عبد الهادي (١٩٩٧) : **اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبنائهم الصم**،جامعة الإسلامية بغزة ، كلية التربية جمعية أطفالنا للصم – غزة ، **مجلة الجامعة الإسلامية** المجلد الخامس ، العدد الثاني، غزة

٩٤.العقاد،عصام (٢٠٠١): **سيكولوجية العدوان وترويضها**، الطبعة الأولي، دار غريب، القاهرة، مصر.

٩٥.عكاشة، أحمد(١٩٨٠): **الطب النفسي المعاصر**، ط١،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩٦.عكاشة، أحمد (٢٠٠٣): **الطب النفسي المعاصر**، ط٤،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩٧.على، سيد أحمد وبدر، فائقة محمد (١٩٩٩): **اضطراب الانتباه لدى الأطفال – أسبابه وتشخيصه وعلاجه**، القاهرة، النهضة المصرية.

٩٨.عمر، عمرو رفعت (٢٠٠٥): **الإعاقة السمعية، سلسلة التربية الخاصة**، ط(بدون)، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.

٩٩.عيسى، مراد على و خليفة، وليد السيد(٢٠٠٧): **كيف يتعلم المخ الأصم"النظرية والتطبيق" سلسلة كيف يتعلم المخ ذو الاحتياجات الخاصة**، ط(١)، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.

١٠٠. العيسوي،عبد الرحمن(١٩٩٠): **الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية**، دار المعرفة الجامعية ،الإسكندرية.

١٠١. العيسوي،عبد الرحمن(١٩٩٩): **علم نفس الشواذ والصحة النفسية**،ط١، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.

١٠٢. العيسوي، عبد الرحمن (٢٠٠٠): **التربية النفسية للطفل والمراهق**، ط ١، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.

١٠٣. الغانم، عبد الله (١٩٩٠): **الاتجاهات العامة إزاء الأطفال المعوقين وتغيرها في العالم العربي**، مجلة النيل، العدد(٤)، الهيئة العامة للاستعلامات، القاهرة.

١٠٤. غيث، محمد عاطف(١٩٩٠م): **المشاكل الاجتماعية والسلوك الانحرافي**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٠٥. فهمي، مصطفى (١٩٩٧): **الصحة النفسية –دراسات في سيكولوجية التكيف–** مكتبة الخانجي، القاهرة.

١٠٦. القحطانى، ظافر (٢٠٠٥) . **فاعلية برنامج سلوكي لخفض درجة عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم**، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

١٠٧. قاسم، أنسي (١٩٩٤) . **مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين " دراسة مقارنة "**، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

١٠٨. القاسم، وآخرون(٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية**، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولي، عمان.

١٠٩. القاضي، علي (١٩٩٤): **التوافق النفسي من منظور إسلامي**، مجلة منبر الإسلام، " المجلد " ٢١ "، العدد "٤"، القاهرة، مصر.

١١٠. القريطي، عبد المطلب أمين(٢٠٠٥): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط(٤)، دار الفكر العربي، القاهرة- مصر.

١١١. القريطي، عبد المطلب(١٩٩٦):**سيكولوجية ذو ي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**، ط ١، دار الفكر العربي، القاهرة.

١١٢. القريوتي، إبراهيم أمين(٢٠٠٦): **الإعاقة السمعية**، ط(بدون)، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع،عمان، الأردن.

١١٣. قطامي، يوسف (١٩٨٩): **سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي**، ط(١)، دار الشروق، عمان.

١١٤. قطامي، نايفة (١٩٩٩): **علم النفس المدرسي**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان

١١٥. القمش ، مصطفى نورى (٢٠٠٦) : **المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات ،مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية** ، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني . المملكة العربية السعودية.

١١٦. القمش، مصطفى نوري(٢٠٠٠): **الإعاقة السمعية واضطرابات النطق**، ط(١)، دار الفكر، عمان، الأردن.

١١٧. القمش، مصطفى (١٩٩٤) **مشكلات الأطفال المعوقين عقليا داخل الأسرة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان.

١١٨. الكبير، أحمد علي (٢٠٠٢): **القبول / الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقته بالقلق في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدي طلاب الجامعة**، مجلة كلية التربية، العدد(١١٤)، الجزء(٢)،ص٥١-٧٨ جامعة الأزهر.

١١٩. كمال، صافيناز أحمد (٢٠٠٤): **فعالية الإرشاد الأسرى فى خفض اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٢٠. كمال، طارق (٢٠٠٥):**الصحة النفسية للأسرة**، مؤسسة شباب الجامعة،الإسكندرية، مصر.

١٢١. كفناني، علاء الدين(١٩٩٠): **الصحة النفسية**، دار هجر للطباعة، القاهرة، للنشر والتوزيع، عمان.

١٢٢. الكندري، أحمد محمد مبارك(١٩٩٢م): **علم النفس الأسري**، الكويت، الكويت للنشر والتوزيع.

١٢٣. اللحيان، عمر محمد (١٩٩٢.): **علاقة التماسك الأسري ومفهوم الذات بالتوافق الأسري لدى طلاب المرحلة المتوسطة، رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

١٢٤. المخلافي، صادق عبده سيف(٢٠٠٥): **فعالية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الشخصية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال الصم في الجمهورية اليمنية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس– مصر.

١٢٥. محمد، محمد جاسم (٢٠٠٤): **علم النفس التجريبي والتجارب و التجريب في فروع علم النفس**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

١٢٦. محمد، جاسم محمد (٢٠٠٥):**مشكلات الصحة النفسية، أمراضها وعلاجها**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان

١٢٧. محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٤):**الإعاقات الحسية،سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة٧**، ط(١)، دارالرشاد ، القاهرة– مصر.

١٢٨. محمد ، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٠م): **العلاقة بين الرعاية الوالدية كما يدركها الأبناء ومفهوم الذات لديهم** " **مجلة علم النفس** ، العدد الثالث عشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة.

١٢٩. مختار، وفيق صفوت(٢٠٠١): **مشكلات الأطفال السلوكية**، الطبعة الثانية، دار القلم والثقافة، القاهرة،مصر.

١٣٠. مراد، عصام (٢٠٠٤) : **الاكتئاب مرض العصر الحديث**، دار الطلائع للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، مصر.

١٣١. المغربي، أسعد(١٩٩٢):**حول مفهوم الصحة النفسية والتوافق**، مجلة علم النفس، العدد(٢٣) السنة(٦) ، ص ٦–١٨ ، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، مصر.

١٣٢. مصطفي، فهمي (٢٠٠١): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، ط (٣)، دار مصر للطباعة، مصر.

١٣٣. مصطفى، وفاء محمد (١٩٩٣): **الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم**، مركز البحوث والتطوير والخدمات النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية.

١٣٤. ملحم، سامي محمد(٢٠٠١) :**الإرشاد والعلاج النفسي**، دار الميسرة للنشر والتوزيع. عمان.

١٣٥. ملحم،سامي محمد (٢٠٠٢): **مشكلات طفل الروضة** ،الطبعة الأولي ، دار الفكر، عمان،الأردن.

١٣٦. منسي،حسن ومنسي،إيمان(٢٠٠٤): **التوجيه والإرشاد النفسي ونظراته**، ط١، دار الكندري للنشر والتوزيع ، عمان.

١٣٧. منصور، السيد كامل الشربيني (٢٠٠٣): **اتجاهات الطلاب الصم نحو إعاقتهم السمعية: دراسة مقارنة بين العاملين منهم وغير العاملين**، دراسات نفسية صادرة عن رابطة الأخصائيين المصرية رانم، المجلد ١٣ ، العدد ٢ ، ص**٣٢١-٢٩٩.**

١٣٨. منصور، عبد المجيد سيد أحمد (٢٠٠٠م): **الرعاية الأسرية والاتجاهات الوالدية بين القبول والرفض والإنكار لذوي الحاجات الخاصة**، مداولات المؤتمر الدولي الثاني للإعاقة والتأهيل:١٢٦-١٦٧.

١٣٩. الموافي، فؤاد حامد(١٩٩٥): **دراسة تجريبية لخفض النشاط الزائد والاندفاعية لدى أطفال ما قبل المدرسة**، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد(٢٨) مايو، ص١-٣٨.

١٤٠. موسى، جمال محمد و العربي، أميرة عبد العزيز(٢٠٠٧): **الخدمة الاجتماعية وذوي الاحتياجات الخاصة**، دار المهندس للطباعة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة، مصر.

١٤١. موسى، رشاد علي عبد العزيز، والدسوقي، مديحة منصور سليم (٢٠٠٠): **المشكلات والصحة النفسية**، الفاروق الحديثة للطباعة والنشر.

١٤٢. وافي، ليلى أحمد (٢٠٠٦): **الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين**، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

١٤٣. وريكات، خوله يحيى والشحروري، ملك (١٩٩٦): المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر، دراسات العلوم التربوية، المجلد " ٢٣"، " العدد " ١" الجامعة الأردنية.

١٤٤. اليامى، عادل محمد (١٩٩٣): **دراسة مقارنة بين الأطفال المصابين بعجز الانتباه وبين الأطفال الأسوياء في الصف الأول الابتدائي بمدينة جدة**، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ٠

١٤٥. يحيي، خوله(٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

١٤٦. يحيى، خوله أحمد (٢٠٠٦): **البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**، ط(١)، دار المسيرة، عمان – الأردن.

١٤٧. يوسف، جمعة(٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

١٤٨. يوسف، يوسف جلال وزكريا، يحيى محمد (٢٠٠٠): **دراسة تشخيصية علاجية للنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية**، جامعة عين شمس، العدد الرابع والعشرون،الجزء الرابع ص ٢١٣– ٢٤١، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

١٤٩. يونس، أحمد السعيد وعبد الحميد، مصري(١٩٩١): **رعاية الطفل المعوق صحياً ونفسياً واجتماعياً** ، دار الفكر العربي، القاهرة.

المراجع الاجنبية:

1. Anderson, G., Olsson, E., Rydell, A. and Larsen, H. (2000): Social Competence and Behavioral Problems in Children with Hearing Impairment Audiology, Vol. 39,pp.88-92.
2. Blacher & Jan & Others, G.H. S. (1987). Characteristics of Home Environment of Families with Mentally Retarded Children: Comparison across Levels of Retardation. Research And Practice For Persons With Severe Disabilities, Vol. 91, Issue 2, P313, 8P.
3. Farber, B. (1959): Effects of a Severely Mentally Retarded Child on family integration, Monographs of the Society For Research in Child Development, Vol. 24, No. 2, pp 5-108, Illinois, USA.
4. Goodman, R. (1997). The strengths ad difficulties Questionnaire. Child psychology and psychiatry journal, 38, 581- 586.

5. Hayes, V., Feu, D. and Warren, G. (1997):Detection of Behavioral Emotional Problems in Deaf Children And Adolescents: Comparison of Two Rating Scales. Child, Care. Health and Development, Vol. 23(3), 233-246.
6. Hallahan, D. & Kauffman, J (1978). Exception children: introduction to special education, Prentic-Hall, INC. Englewood cliffs, New Jersy. U.S.A.
7. Koubekova , E. (2000): Personal and social adjustment of physically handicapped pubescent psychologia Dietata , J 35(1), pp.32-39.
8. Lambert, MC , et . al (1999) : Behavior and emotional problems of clinic Referred Children in school of African and Jamaican children age (4-18). Journal of black psychology , vol .29, No (4) , pp 405-522.
9. Mitchell, Teresa and Quittner, Alexandra (1996): Multimethod Study of Attention and Behavior Problems in Hearing Impaired Children. Journal of Clinical Child psychology, Vol. 25(1), pp. 83-96.
10. Oya **,** M. Mieko (2000):Violence exposure and behavioral problems among children and adolescents in clinical population. Dissertation Abstract International, Vol.60,No.(8),Pp4243.
11. Poorna et al. (2007). Intelligence, Parental Depression, and Behavior Adaptability in Deaf Children Being Considered for Cochlear Implantation**.**
12. Shea, Thomas M.(1978), Teaching children and youth with behavior disorders, The c.v. Mosby company, U.S.A.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (1)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

م	سم المحكّم	المؤسسة التي يعمل بها
١-	د.عاطف الأغا .	الجامعة الإسلامية
٢-	د. نبيل دخان .	الجامعة الإسلامية
٣-	د.ختام السحّار .	الجامعة الإسلامية
٤-	د. عون محيسن .	جامعة الأقصى
٥-	د. درداح الشاعر .	جامعة الأقصى
٦-	د.أنور البنا .	جامعة الأقصى
٧-	أ.راغب أبوليلة .	مستشفى الطب النفسي

ملحق رقم (2)

الرسالة الموجهة للسادة المحكمين

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور .... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث/ علاء جمال الربعي بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس من الجامعة الإسلامية بعنوان:

"**الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدي الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري**"

وذلك تحت إشراف الدكتور/ سمير قوته

وهذا يتطلب إعداد مقياس لتطبيقه على عينة الدراسة والمتمثلة في مجموعة من الأطفال الصم في "مؤسسة أطفالنا للصم" ، ولذا نرجو منكم التكرم بالاطلاع على المقياس المرفق "**التوافق الأسري**"، و إبداء الرأي في عباراته وبنائه من حيث الوضوح ومدى ملاءمته لموضوع الدراسة .

ويُعرف الباحث التوافق الأسري إجرائياً بأنه "تلك العلاقة الاجتماعية التي تقوم بين أعضاء الأسرة الواحدة (الأب، الأم، الأبناء) علي نحو يحقق التوازن داخل الأسرة".

مع العلم أن التدريج المستخدم في أداة القياس مرتبط بموافقة وعدم موافقة أُسر الأطفال على عبارات المقياس ويتضمن البنود التالية:

٠) لا (١) أحياناً (٢) نعم .

و يقدر الباحث وقتكم الثمين الذي اقتطعه منكم في تحكيم هذه الأداة

ولسيادتكم وافر الشكر والتقدير،،،

الباحث

علاء جمال الربعي

ملحق رقم (3)

الرسالة الموجهة للأهالي للعينة المستهدفة

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الاسلامية – غزة

عمادة الدراسات العليا-كلية التربية

علم النفس / إرشاد نفسي

عزيزي الأب / عزيزتي الأم

السلام عليكم ورحمة اله وبركاته ،،

يقوم الباحث بإعداد دراسة حول **الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري**، وذلك استكمالا لنيل درجة الماجستير في علم النفس / إرشاد نفسي بالجامعة الإسلامية بغزة.

ويضع بين يديكم مقياسين : الاضطرابات السلوكية والانفعالية، التوافق الأسري. لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (×) أمام البديل الذي تراه/ترينه مناسبًا لحالة الطفل.

مع العلم أنه توجد أمام كل عبارة ثلاثة خيارات قد تنطبق على حالة الطفل كل ما هو مطلوب منك/ ي، هو أن تضع/ي علامة (×) أسفل الاختيار المناسب، مثال :

م	العبارة	نعم	لا	حياناً
١	يراعي مشاعر الأطفال الآخرين			×

علماً أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خطأ، وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد، وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم تعاونكم ،،

الباحث: علاء جمال الربعي

الملحق رقم (4)

مقياس الصعوبات والتحديات

البيانات الاولية:

الجنس (ولد ❑ بنت❑)

العمر : ....

درجة الاعاقة : ....

ترتيب الطفل داخل الأسرة :. ....

عدد الأطفال الصم داخل الأسرة :................ .

Strengths and Difficulties Questionnaire for completion by Parents (T4-16)

مقياس التحديات و الصعوبات – للوالدين (٤-١٦ سنه)

عزيزي الأب/ عزيزتي الأم

امامك مجموعه من البنود التي تصنف التصرفات التي يظهرها بعض الاطفال بعد كل اجابه هناك ثلاثه اعمده (لا، احيانا، نعم) . خلال الستة أشهر الماضية، إذا كان فى إعتقادك بان الطفل لا يظهر التصرف فضع علامة صح على الخانة الموجودة تحت العمود الأول "لا". اذا اظهر الطفل تصرف ولكن اقل درجه واقل حدوثا نضع علامه صح في الخانه الموجوده تحت العمود الثاني"احيانا ". اذا اظهر الطفل التصرف الموصوف في الاستبانه فنرجو ان تضع علامه صح تحت العمود الثا لث "نعم ".

البنود	نعم	أحيانا	لا
١- يراعي مشاعر الأطفال الآخرين			
٢- لا يستطيع الاستقرار في مكان واحد لفترة طويلة من الوقت (كثير الحركة)			
٣- يشكو من صداع ، وجع في المعدة ، و الشعور بالغثيان			
٤- يشارك الأطفال الآخرين في الألعاب و الأدوات المدرسية			
٥- تنتابه نوبات من فقدان السيطرة على أعصابه تماما مع الصراخ والحركات الغاضبة			
٦- يميل للوحدة و يميل إلي اللعب لوحده			

٧- مطيع علي وجه العموم و يفعل ما يطلبه منه الكبار			
٨- كثير القلق وتبدو عليه الهموم			
٩- يساعد الآخرين إذا ما حدث لهم مكروه أو شاهدهم متضايقين			
١٠- متململ وعصبي باستمرار			
١١- لدية صاحب واحد جيد على الأقل			
١٢- يتعارك مع الأطفال الآخرين أو يعاكسهم			
١٣-غير سعيد، و الدموع في عينيه			
١٤- في الغالب محبوب من الأطفال الآخرين			
١٥- شارد الذهن و الفكر وانتباهه قليل			
١٦- عصبي وملتصق بالآخرين في المواقف الجديدة ومن السهل أن يفقد ثقته في نفسه			
١٧- لطيف مع الأطفال الأصغر منه			
١٨- من عادته الكذب والغش			
١٩- يستهزأ به و يضطهده الأطفال الآخرين			
٢٠- عادة ما يتطوع لمساعدة الآخرين (الوالدين، المدرسين، الأطفال الآخرين)			
٢١- يفكر كثيرا قبل القيام بأي شيء			
٢٢- يأخذ أشياء من البيت، والمدرسة أو أماكن أخرى			
٢٣- يتماشي أكثر مع الكبار عنه مع الأطفال الآخرين			
٢٤- كثير المخاوف و سهل أخافته			
٢٥- يتابع اداء واجباته وعمله حتى النهاية وعنده انتباه جيد			

الملحق رقم(5)

استبانة التوافق الأسري في صورتها الأولى

مسلسل	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات
١.	عادة ما نلتزم برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية.			
٢.	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد.			
٣.	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر.			
٤.	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، و يعطف الكبير على الصغير.			
٥.	نعيش في جو أسري هادئ.			
٦.	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميعا.			
٧.	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة.			
٨.	نتقبل وجود أصم في الأسرة.			
٩.	لا نفرق بين الابن الأصم و الابن السليم.			
١٠.	ابني الأصم محبوب بين أفراد أسرتي.			
١١.	يحرص إخوته على مشاركته في ألعابهم.			
١٢.	يشعر بالسعادة أكثر و هو خارج المنزل.			
١٣.	يتجنب إخوته مشاركته في أي عمل يقومون به.			
١٤.	يعبر عن رأيه بحرية في المسائل التي تهم الأسرة.			
١٥.	يضطرنا أن نعامله بعصبية.			
١٦.	نجد أنه يشعر بالأمان وهو وسط الأسرة.			
١٧.	يتناول الطعام مع جميع أفراد الأسرة.			
١٨.	أتمنى لو أنه غير موجود بيننا.			
١٩.	نقدر مشاعره دائما.			
٢٠.	أخاف عليه كثيرا.			
٢١.	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة.			
٢٢.	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة أحد			

	الأقارب.				
٢٣.	لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته.				
٢٤.	يشعر بأنه شخص مهم في أسرته.				
٢٥.	يسخر أفراد الأسرة من آرائه.				
٢٦.	إخوته لا يغارون من اهتمامنا الزائد به.				
٢٧.	الإعاقة هي مصدر الإزعاج لكل الأسرة.				
٢٨.	يثق إخوانه بآرائه.				
٢٩.	التعاون هو عنوان لحياتنا داخل المنزل.				
٣٠.	نتبادل الاحترام داخل الأسرة.				
٣١.	يمتلك علاقات جيدة مع جميع أفراد الأر ة.				
٣٢.	أصفه بأنه إنسان ضعيف.				
٣٣.	يحظى بقبول جيد بين أفراد الأر ة.				
٣٤.	المشاكل الأسرية تزيد من شعوري بالألم.				
٣٥.	تنتابني رغبة في الهروب من المنزل بسبب هذا المعاق.				
٣٦.	أشعر بغربة أثناء وجودي في المنزل بسبب هذا المعاق.				
٣٧.	ابتعاده عن الأسرة يشعره بالخوف.				
٣٨.	فقد أحد أفراد أسرتي يعني نهاية سعادتي.				
٣٩.	أسرتي هي كل شئ في حياتي.				
٤٠.	يخطئ من يظن أن الحياة الأسرية تسير بدون شجار.				
٤١.	يهمنا أن يكون هذا الطفل بيننا.				
٤٢.	قلما تقابل أسرتي ما يعترضها من مشكلات بروح الفريق.				
٤٣.	معظم الخلافات الأسرية ترجع لعدم فهم هذا الطفل.				
٤٤.	كثيرا ما يحدث خلاف بينه و بين أفراد أسرته.				
٤٥.	انعدام الحوار حينما يكون بين أسرتي يجعل الحياة مملة				
٤٦.	يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره.				
٤٧.	يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه.				
٤٨.	نحرص جميعا على استمرار علاقات الود داخل أسرتي.				

٤٩.	لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ أحدهم في حقي.			
٥٠.	تكثر كلمات اللوم و العتاب بيني و بين أفراد أسرتي.			
٥١.	كل فرد من أفراد أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته.			
٥٢.	أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية.			
٥٣.	أحيانا أتمنى أن تكون لي أسرة غير أسرتي.			
٥٤.	الحب و التآخي داخل أسرتي قليل.			
٥٥.	كثيرا ما يتدخل المقربون لحل المشاكل الأسرية.			
٥٦.	أسرتي دائما تحسن الظن به.			
٥٧.	أعاني من كثرة الخلافات بين أفراد أسرتي.			
٥٨.	لكل فرد من أفراد أسرتي اهتماماته التي لا تهم الآخرين.			
٥٩.	أشعر أن له دورا هاما داخل أسرتي.			
٦٠.	لا أهتم كثيرا بأسرتي.			
٦١.	لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت.			

الملحق (6)

استبانه التوافق الأسري بصورتها الثانية

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
١	عادة نأخذ برأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية			
٢	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد			
٣	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر			
٤	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير			
٥	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميعا			
٦	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة			
٧	لا افرق بين أبنائي			
٨	يتجنب إخوانه مشاركته في أي عمل يقومون به			
٩	يعبر عن رأيه بحرية في المسائل التي تهم الأسرة			
١٠	يشعر بالأمان وهو في الأسرة			
١١	يتناول الطعام مع جميع أفراد الأسرة			
١٢	نعاني كثيرا في التعامل معه			
١٣	نقدر مشاعره دائما			
١٤	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة			
١٥	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب			
١٦	لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته			
١٧	يشعر بأنه شخص مهم في الأسرة			

م	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
١٨	**إخوانه لا يغارون من اهتمامنا الزائد به**			
١٩	**الإعاقة هي مصدر الإزعاج لكل الأسرة**			
٢٠	**التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية**			
٢١	**نتبادل الاحترام داخل الأسرة**			
٢٢	**يمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة**			
٢٣	**يحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة**			
٢٤	**يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره**			
٢٥	**يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه**			
٢٦	**نحرص جميعا على استمرار علاقات الود داخل الأسرة**			
٢٧	لا أتسامح مع أي فردمن أفراد أسرتي حين يخطئ احدهم في حق أخيهم			
٢٨	**تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي**			
٢٩	**كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته**			
٣٠	**أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية**			
٣١	أتمنى أن تكون لي أسرة غير أسرتي			
٣٢	التآخي والحب داخل أسرتي قليل			
٣٣	كثيرا ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية			
٣٤	كل فرد من أفراد أسرتي له اهتماماته التي لا تهم الآخرين			
٣٥	لا اهتم كثيرا بأسرتي			
٣٦	لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت			

الملحق رقم (7)

استبانة التوافق الأسري بصورته النهائية

رقم الفقرة	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
1	عادة نأخذ بـرأي الأغلبية في الموضوعات الأسرية			
2	في حالات الشدة يصبح كل أفراد أسرتي كفرد واحد			
3	كل واحد من أسرتي يحافظ على شعور الآخر			
4	في بيتنا يحترم الصغير الكبير، ويعطف الكبير على الصغير			
5	نقضي وقت الفراغ مع أفراد الأسرة جميعا			
6	تسود المحبة بين جميع أفراد الأسرة			
7	لا افرق بين أبنائي			
8	يتجنب إخوانه مشاركته في أي عمل يقومون به			
9	يشعر بالأمان وهو في الأسرة			
10	نعاني كثيرا في التعامل معه			
11	نقدر مشاعره دائما			
12	يحظى باهتمام كبير من أفراد الأسرة			
13	يشعر بالسعادة عندما تطلب منه الأسرة المشاركة في زيارة الأقارب			
14	لا يتقبل أفراد الأسرة إعاقته			
15	يشعر بأنه شخص مهم في الأسرة			

رقم الفقرة	الفقرة	نعم	أحياناً	لا
16	**الإعاقةهي مصدر الإزعاج لكل الأسرة**			
17	**التعاون هو عنوان لحياتنا الأسرية**			
18	**نتبادل الاحترام داخل الأسرة**			
19	**يمتلك علاقات جيدة مع أفراد الأسرة**			
20	**يحظى بقبول جيد بين أفراد الأسرة**			
21	**يتصيد كل فرد من أفراد أسرتي الأخطاء لغيره**			
22	**يشعر أن معظم أفراد أسرته يحبون التحدث معه**			
23	**نحرص جميعا على استمرار علاقات الود داخل الأسرة**			
24	**لا أتسامح مع أي فرد من أفراد أسرتي حين يخطئ احدهم في حق أخيهم**			
25	**تكثر كلمات اللوم والعتاب بيني وبين أفراد أسرتي**			
26	**كل فرد من أسرتي قدوة للآخر في أسلوب حياته**			
27	**أنا وأسرتي سعداء بحياتنا الأسرية**			
28	**كثيرا ما يتدخل المقربون لحل مشاكلنا الأسرية**			
29	**لا اهتم كثيرا بأسرتي**			
30	**لا أميل للتحدث إلى أفراد أسرتي إلا إذا سئلت**			

Abstract

The study basically aims at identifying the behavioral and emotional disorders of deaf children and their relation to family compatibility. In addition, it aims at identifying the key differences between each of the sex, age, and degree of disability, the order of the child within the family, the number of deaf people in the family in the light of the variables of: behavioral disorders, emotional, and family compatibility.

The study sample consisted of (197) children ranged between (7-14) years old out of the total students of the Deaf Children Society. The researcher used Pearson correlation coefficient, percentages, averages, T-Test, and Single-Variance Analysis for the treatment of the study data.

Also, the researcher used the scale of emotional and behavioral disorders (the scale of the challenges and difficulties), prepared by (Goodman) translated by Samir Quta, and family compatibility questionnaire prepared by the researcher.

The results of the study demonstrated that the total score of emotional disorders and behavioral scale recorded relative weight of (47.07%), while the social scale occupied the first rank with relative weight of (69.54%). The over-movement scale occupied the second rank with relative weight of (49.19%), The emotional symptoms scale ranked the third relative weight of (40.96%), while the companion problems scale ranked the fourth relative weight of (40.66%), and the behavioral problems scale ranked the last with relative weight of (34.97%).

The results of the study showed that the scale of family compatibility for deaf children recorded relative weight of (69.31%). The results clearly showed that negative correlation was statistically significant ($\alpha \leq 0.01$) between the emotional behavioral disorders and the family compatibility.

Besides, this study pointed out that there is no statistically significant differences related to gender, age, the number of deaf children in the family, and the order of the deaf child in the family on the scale of

emotional and behavioral disorders. The results of the study concluded that there is no significant differences (α ≤ 0.05) on the scale of companion problems for the variable of disability degree.

On the other hand, the results of the study showed that there are significant differences (α ≤ 0.05) attributable to the variable of disability degree on the social scale. The differences were in favor to the low-degree of disability and in favor to the high-degree of disability on the scale of the over movement, on the scale of emotional symptoms (anxiety and depression), on the scale of behavioral problems (aggression), and on the scale of companion problems.